

DE LA PÉRIODICITÉ

DANS LES

MALADIES MENTALES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 22 Février 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

JEAN BELFILS

Né le 19 Décembre 1910, à Paris

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. SANTENOISE, professeur. *Président*

PERRIN, professeur. . . . }

CHALNOT, agrégé. . . . } *Juges*

HAMEL, docteur. . . . }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY-LAXOU

Imprimerie A. TOLLARD, 2 et 4, Rue de Maréville

1938



DE LA PÉRIODICITÉ

DANS LES

MALADIES MENTALES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 22 Février 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

JEAN BELFILS

Né le 19 Décembre 1910, à Paris

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. SANTENOISE, professeur.	<i>Président</i>
	PERRIN, professeur. . . .	{ <i>Juges</i>
	CHALNOT, agrégé. . . .	
	HAMEL, docteur	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY-LAXOU

Imprimerie A. TOLLARD, 2 et 4, Rue de Maréville

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O  I .

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS,  I ; WEISS, O  I .

BOUIN, O  I ; ANCEL,  I ; GARNIER,  I .

MACÉ,  I ; P. PARISOT, O  I ; DUFOUR,  I .

HOCHE, O  I ; FRÉLICH,  I ; LAMBERT,  I .

Professeurs :

Clinique des malad. syphilit. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O  I  .
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHINSCHOLZ, O  I  .
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES,  I  .
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, O  I  .
Histologie	M. R. COLLIN,  I  .
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O  I  .
Clinique médicale	M. L. RICHON,  I  .
Chimie médicale	M. H. ROBERT,  I  .
Clinique médicale	M. M. PERRIN,  I  .
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C  I  .
Clinique chirurgicale	M. HAMANT,  I  .
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE,  I  .
Physiologie	M. SANTENOISE,  I  A  .
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSADE,  I  .
Bactériologie et parasitologie médicale	M. DE LAVERGNE,  I  .
Thérapeutique	M. SIMONIN, I  .
Clinique gynécologique	M. BINET,  I  .
Pathologie chirurgicale	M. M. BARTHÉLEMY,  I  .
Hydrologie	{ N.
Anatomie pathologique	{

Professeurs sans chaire..... { M. L. JOB,  I ;
M. WATRIN,  I .

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses	{ M. ABEL,  I  agrégé.
Pathologie générale	{ M. P. SIMONIN I  prof.
Pathologie externe	M. DROUET, I  agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A  agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE,  I  professeur.
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I  agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. WATRIN,  I  prof. sans chaire.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY,  I  ch. du c. ag. lib.
Obstétrique	M. JOB,  I  prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN,  I  agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL,  I  agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL,  I  agrégé.
Éducation physique (1)	M. HAMEL,  docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A  agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A  agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT,  docteur.
	M. DOMBRAY,  docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, I .
FLORENTIN, .
BODART.
CHALNOT.
WOLFF, A .

MM. MELNOTTE, O .
MUTEL,  I .
VERMELIN,  A .

MM. GUILLEMIN, A .
ABEL,  A .
DROUET, A .
KISSEL.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS,  I ; S. RÉMY, I ;
LAMY,  I .

M. E. TRIBOLET, I  Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur SANTENOISE,
Professeur de Physiologie,
Inspecteur général honoraire
des Services administratifs du Ministère de l'Intérieur.
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique.
Chevalier de la Légion d'honneur,
Médaille militaire, Croix de guerre.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur PERRIN,
Professeur de clinique médicale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Monsieur le Professeur agrégé CHALNOT,
Professeur agrégé de Propédeutique chirurgicale.

Monsieur le Docteur HAMEL,
Chargé de Cours de la Clinique des Maladies mentales,
Médecin des Asiles,
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de notre scolarité médicale, c'est pour nous un bien agréable devoir de rendre hommage à tous les Maîtres qui ont contribué à notre formation. Le plaisir que nous donne la possibilité d'exprimer ici publiquement notre reconnaissance se teinte d'ailleurs de regret. Si la Faculté estime, en effet, que le peu que nous avons retenu de l'enseignement qui nous a été donné est suffisant pour nous permettre d'étudier maintenant par nous-même tout ce qui nous reste à apprendre, il n'en est pas moins juste que, en nous privant des leçons cliniques de nos Maîtres, elle nous prive aussi de leur lumineux enseignement moral. On a tort en effet de vouloir considérer la médecine comme quelque chose qui s'apprend. C'est en voyant nos Maîtres se pencher sur les souffrances des malades avec une bienveillante attention et une patience souriante que nous avons vraiment appris notre métier.

L'expression de notre gratitude ira d'abord à M. le Professeur Santenoise, qui, malgré d'absorbantes recherches et de multiples occupations, a eu la bienveillance de s'intéresser à notre travail et nous a fait le grand honneur de présider cette thèse.

Que M. le Professeur Perrin, dont nous regrettons d'avoir été si peu de temps l'élève, et qui a bien voulu consentir à juger notre thèse, reçoive l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Nous sommes heureux de remercier M. le Professeur agrégé Chalnot, qui a accepté d'être notre juge, avec la même bienveillance que celle dont il a toujours fait preuve à notre égard en sa qualité de Bisontin.

M. le Docteur Hamel, en nous accueillant il y a dix-huit mois dans son service, nous a permis d'embrasser la carrière à laquelle nous nous destinons; qu'il recoive ici le témoignage de toute notre reconnaissance, tant pour son enseignement clair et documenté que pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous manifester depuis notre arrivée à Maréville. Nous le remercions vivement d'avoir bien voulu juger ce travail, avec la bienveillante attention que chacun lui connaît.

Nous voudrions dans cet avant-propos pouvoir faire une place à part à notre Maître, M. le Docteur Privat de Fortunié. Quoique notre carrière dans les Asiles ne fasse que débiter et que nous n'ayons guère passé plus de quatorze mois dans son service, nous avons pu apprécier toute son indulgence à notre égard. Nous prenant pour ainsi dire par la main, c'est pas à pas, jour par jour, qu'avec sa bienveillante sollicitude il a dévoilé progressivement à nos yeux les mystères de la psychiatrie. Son érudition féconde et si compréhensive, la haute valeur de son enseignement se sont manifestés.

tés surtout à l'occasion de l'aide si importante qu'il nous a apportée dans l'élaboration de cette thèse dont il a inspiré le sujet. Aussi le prions-nous de recevoir ici l'expression de notre reconnaissance émue et de notre profond respect. Il restera toujours pour nous le Maître sur le dévouement et la grande probité médicale duquel nous nous efforcerons de modeler notre carrière dans les hôpitaux psychiatriques.

Notre reconnaissance va ensuite à tous les médecins-chefs de Maréville : M. le Docteur Aubry, M. le Docteur Beaudoin et M. le Docteur Hacquart, qui ont toujours fait preuve à notre égard de la plus bienveillante attention. Nous regrettons le départ de M^{lle} le Docteur Cullerre, dont nous avons conservé le meilleur souvenir.

Externe, puis interne des hôpitaux à Besançon, notre gratitude se portera aussi vers M. le Docteur Ledoux, Directeur de l'Ecole de Médecine de Besançon, dont la sollicitude toute paternelle s'est étendue sur nous pendant quatre ans, tandis que l'attrait de son enseignement, en éveillant notre curiosité, sut nous faire franchir le cap d'ordinaire ingrat du début des études médicales.

A M. le Docteur Baufle, dont les leçons cliniques, tant au lit du malade que dans la salle de cours, étaient empreintes d'une telle vitalité, nous adressons l'expression émue de notre reconnaissance.

M. le Docteur Chaton nous initia à la chirurgie, nous faisant à chaque instant profiter largement de son esprit éminemment didactique; qu'il reçoive ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

M. le Docteur Tisserand, chez lequel nous sommes heureux d'être resté tant comme externe que comme interne plus de quinze mois consécutifs, a toujours été pour nous le meilleur des Maîtres. Nous traitant plus en ami qu'en élève, il a su nous montrer que le médecin ne valait que tant que valait l'homme. Si en maintes occasions, avec sa bienveillance habituelle, il répara nos erreurs et paracheva notre éducation chirurgicale, qu'il sache que ce n'est pas seulement au clinicien, mais surtout à l'homme que va notre admiration.

Notre reconnaissance s'adressera aussi à tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy qui ont contribué à notre formation médicale.

Que ce modeste travail soit pour les internes, mes amis, une marque d'excellent souvenir et de bonne camaraderie.

INTRODUCTION

Dès la plus haute antiquité, l'homme se trouva faible et craintif devant les phénomènes cosmiques. Ceux-ci l'effrayaient d'autant plus qu'ils le surprenaient et que lui échappait la cause tant de leur apparition que de leur périodicité. L'intelligence du primitif s'inclina devant ce qu'elle ne pouvait comprendre. Craignant confusément que ces manifestations périodiques ne soient pour lui quelque jour une cause de dommage, l'homme les divinisa : poussé par la tendance qui porte toute intelligence faible vers le merveilleux mystique. Mais, donnant à ces forces supérieures une mentalité humaine, le primitif tâcha de se les gagner par des offrandes et des sacrifices rituels dont la périodicité correspondait à celle des phénomènes observés.

C'est ainsi que, sauf en Chine, où l'influence de Confucius sut imprimer à la religion un caractère philosophique, et dans les religions iranniennes où la lutte d'Ormuz et d'Ahriman conféra à la doctrine un fondement moral, la plupart des religions primitives eurent un hermétisme en rapport avec la périodicité des phénomènes cosmiques.

En Amérique, par exemple, pour les Aztèques comme pour les Mayas, les dieux personnifient les forces

de la nature, tandis que chez les Incas, la religion solaire est la religion officielle dont la fête principale, le Raymi, a lieu lors du solstice d'été. De même nous voyons l'Inde avec le Védisme divinifier la périodicité des phénomènes cosmiques et l'Égypte, sous l'impulsion des Pharaons, avoir une religion cosmique officielle. Les religions gréco-romaines païennes, succédané évolué mais décadent des religions primitives, sacrifient, elles aussi, à la périodicité des phénomènes cosmiques.

Dans ce monde dominé spirituellement par la notion de périodicité, celle de certains phénomènes biologiques, comme la régularité du flux menstruel, et la fréquence quasi périodique des manifestations comitiales, devait attirer l'attention des philosophes. C'est ainsi qu'à l'époque gréco-romaine, Pythagore expliquait la périodicité biologique par la puissance des nombres, tandis que Gallien et Apulée y voulaient voir une manifestation des influences périodiques astrales et en particulier de la lune. Le terme de lunatique d'ailleurs, employé encore de nos jours pour caractériser certains états cyclothymiques, n'est que la survivance de cette manière de voir. C'est cette notion de périodicité qui inspirait Gilbert Ballet lorsqu'il écrivait (1) : « Le monde est plein de circulaires qu'on tient pour de simples lunatiques parce qu'on les trouve tantôt plus indifférents aux choses du monde et plus tristes qu'il ne convient, tantôt plus exubérants et plus

(1) Gilbert BALLET. — La mélancolie intermittente (*Presse Médicale*, 1902, p. 459).

entreprenants que de raison. Je me suis même demandé quelquefois, et je vous livre cette téméraire hypothèse pour ce qu'elle vaut, si la circularité n'était pas une loi du fonctionnement du système nerveux, si nous n'étions pas tous, à quelque degré, des circulaires, et si l'état pathologique qui constitue la folie périodique dans sa forme la plus caractéristique, n'était pas simplement le grossissement et l'énorme amplification d'une manière d'être qui nous est à tous habituelle. »

Au début du ^{xvii}^e siècle, Sanctorius étend à l'homme la possibilité de manifestations organiques rythmées. Gall le suit dans cette voie quand il écrit : « Tous les vingt-huit jours, le corps humain est plus irritable et cela chez l'homme comme chez la femme. » Pailhas, de son côté, fait remarquer que la température du corps, en plus de sa variation nycthémerale bien connue chez l'homme, présente tous les 10 ou 12 jours une élévation sans cause appréciable. Il ajoute que l'apparition de ce maximum thermique doit être la traduction d'une disposition organique, d'une manière d'être biologique.

En 1904, Hermann Swoboda, reprenant les idées émises par Ducosté en 1899 sur la périodicité de certains rêves, reconnaît celle des rêves érotiques et signale de plus le retour spontané des souvenirs à la conscience tous les 18 ou 23 heures. Enfin pour Vasschide et Vurpas, « un rythme périodique de dynamogénie et de repos se succédant régulièrement serait la caractéristique de la vie soustraite à l'action des centres supérieurs ». Ces derniers seuls, par leur pou-

voir d'inhibition, ont un rôle de coordination psychodynamique qui donne aux phénomènes biologiques une certaine continuité et une certaine stabilité.

Ce qui frappe en effet immédiatement lorsqu'on étudie les animaux supérieurs, c'est leur apparente indépendance des variations du milieu extérieur (homéothermie, homéostasie, équilibre acido-basique du sang). Or, cette indépendance n'est obtenue que par le jeu compliqué de mécanismes régulateurs. Ceux-ci d'ailleurs n'interviennent, et avec un certain retard, que lorsque l'action extérieure a pris une certaine valeur. Le retour à l'état d'équilibre ne se produit alors que par une série d'oscillations plus ou moins amorties autour de la normale. C'est ainsi qu'on constate toute une série d'oscillations du nombre des hématies après une saignée.

Le milieu extérieur peut exercer son influence sur l'organisme de trois façons différentes. La cause qui agit sur l'organisme peut être fortuite, accidentelle. Le retour à la normale se fera alors après une série d'oscillations rapidement amorties. C'est ce qui se produit, par exemple, après l'hémoclasie provoquée par l'introduction dans le sang de certaines substances chimiques.

Cette cause extérieure peut être périodique. Nous citerons l'influence du rythme nycthéméral (1), celle du mouvement de rotation de la terre autour du soleil (saisons), celle de la position des astres et de leurs

(1) RAVINA et LÉVY-LANG. — Influence du rythme nycthéméral sur les phénomènes biologiques et sur la Pathologie (*Presse Médicale*, 26 mai 1934).

mouvements (lune, taches solaires). Elle entraînera alors des oscillations de même période. De cette nature sont : les variations annuelles du nombre des mouvements respiratoires (1) les variations saisonnières du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine (2), celles de l'iode et de thyroxine dans la thyroïde (Kendall), de la sensibilité aux microbes (Corpano) ou de la virulence des microbes (Mac Conkey et Hagentorn). Nous citerons enfin les courbes saisonnières des maladies décrites par Woringer (3) et le cycle lunaire des hémoptysies et des crises fébriles des tuberculeux mis en lumière par Allendy.

Souvent enfin, le milieu extérieur peut exercer sur l'organisme une action continue, mais permettant à un phénomène apériodique de se répéter automatiquement un nombre indéfini de fois, en produisant des oscillations dites de relaxation. Il s'agit d'un phénomène très général. Ces oscillations se sont révélées la cause de nombreux phénomènes observés journellement qui, pendant longtemps, furent considérés comme très mystérieux (grincement d'une porte, chant d'une bouillote, celui des fils télégraphiques, etc.). On peut les observer à loisir en examinant du haut d'un pont, par exemple, comment se comporte, dans une

(1) LINDHARDT. — Le rythme saisonnier de la respiration (*Arch. f. Physiol.*, 1912).

(2) Luise ISACHEN. — Variations périodiques de la composition du sang (*Arch. f. Math. und Naturw.*, vol. LXXII, 1911).

(3) WORINGER. — Comment expliquer les variations saisonnières des maladies infectieuses (*Revue d'Actin., et de Physiol.*, oct.-déc. 1928).

rivière peu profonde, sous l'influence d'un courant, une touffe d'herbe fixée au fond. Celle-ci est d'abord entraînée et se courbe, puis, par une brusque détente, elle revient en arrière pour être à nouveau entraînée, se détendre, et le phénomène se continue indéfiniment à la même cadence si la vitesse du courant ne varie pas. L'action continue est ici le frottement qu'exerce l'eau sur les feuilles et la tige; le phénomène apériodique est le redressement, sous l'influence de son élasticité, de la tige ainsi déformée. Ce redressement se produit lorsque la déformation est telle que la force élastique due à la déformation devient supérieure à l'action dynamique du courant : c'est-à-dire au bout d'un intervalle de temps toujours le même, si la vitesse d'écoulement de l'eau ne change pas.

Pour préciser le caractère général de ces oscillations de relaxation, il est commode de s'adresser aux phénomènes électriques. Réunissons, par exemple, à une batterie de 200 volts un petit condensateur type téléphonique, par l'intermédiaire d'une grande résistance; et branchons entre les deux bornes de ce condensateur une lampe au néon type veilleuse, qui ne peut fonctionner qu'avec une différence de potentiel à ses bornes de 120 volts. Une observation suffisamment prolongée montre que cette lampe s'illumine pendant un temps très court à des intervalles réguliers. En effet, le condensateur se chargeant lentement à travers la grande résistance, la différence de potentiel entre ses bornes croît proportionnellement à la charge jusqu'à une valeur maximum V qui est la différence de potentiel sous laquelle la lampe peut fonctionner. Le condensa-

teur se décharge alors à travers la lampe qui s'illumine pendant le passage du courant, et le phénomène recommence pour se produire identique à lui-même indéfiniment.

Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur les propriétés et les caractères des oscillations de relaxation : étude intéressante certes, mais qui dépasserait de beaucoup le cadre de ce modeste exposé. Nous nous contenterons d'émettre l'hypothèse, d'accord en cela avec nombre d'auteurs, que les oscillations de relaxation (très facilement synchronisables d'ailleurs par un phénomène périodique), avec leur période variable et leur amplitude constante, semblent, plus que les oscillations pendulaires, rendre compte de la plupart des phénomènes périodiques en biologie.

A ne considérer, en effet, que les courbes représentatives des battements du cœur, des mouvements respiratoires, du rythme nycthéméral, de la température du corps, de la pression artérielle, du nombre des hématies et des leucocytes, de l'activité du foie enfin; il semble bien qu'il ne s'agit là que d'oscillations de relaxation. Mais, pour pouvoir affirmer une telle hypothèse, il faudrait, par l'étude particulière de chaque phénomène, montrer que sa période ne dépend que d'un temps de relaxation. Cette démonstration n'a été faite que pour les battements du cœur par Balth Van der Pol et J. Van der Mark. Ces auteurs (1) ont réussi, en effet, à réaliser un modèle de cœur électrique cons-

(1) BALTH VAN DER POL et J. VAN DER MARK. — Le battement du cœur considéré comme oscillation de relaxation et modèle électrique de cœur (*Onde électrique*, 1928).

titué par trois systèmes à relaxation. L'étude de l'électrocardiogramme obtenu avec le cœur artificiel, donnant non seulement un tracé identique à celui d'un cœur normal, mais encore permettant d'expliquer les tracés pathologiques recueillis dans les diverses cardiopathies.

Cette heureuse réussite montre que, non seulement il n'est pas absurde de considérer les autres phénomènes périodiques biologiques comme des systèmes de relaxation, mais encore que c'est vraisemblablement le seul moyen dont nous disposons actuellement pour essayer d'en comprendre le mécanisme et d'en rechercher les causes.

La même méthode peut s'appliquer à l'étude des états affectifs à condition de trouver des éléments descriptifs, des phénomènes suffisamment fidèles pour qu'il soit possible d'en tracer la courbe des variations en fonction du temps. C'est ce qu'a tenté Laignel-Lavastine dans son étude des « rythmes individuels ». Cet auteur (1) utilise à ce sujet trois procédés d'investigation : l'examen des réflexes sympathiques, la détermination du métabolisme de base et la mesure du Ph urinaire. Il obtient ainsi en substituant aux variations cliniques des investigations physico-chimiques trois modes de représentation ou mieux trois descriptions de phénomènes. Ces trois descriptions ne sont pas identiques : les courbes obtenues ne sont parallèles que sur de petites portions. Comparées cepen-

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Les rythmes humains in les rythmes de la vie (Lyon : Lavandier, 1933).

dant avec celles que l'on peut obtenir par l'examen des modifications des chronaxies corticales par exemple, ou des variations du pouls, elles donnent la possibilité d'établir des séries linéaires dont l'utilité immédiate est de permettre de classer une série d'états que la psychiatrie de surface ne peut élucider. Mais l'intérêt principal de cette théorie est la possibilité de représenter, par un ensemble de systèmes de relaxation le rythme individuel de chaque psychopathe.

Or, s'il est un chapitre de la psychiatrie dans lequel les rythmes individuels semblent non seulement devoir jouer un rôle prépondérant, mais encore pouvoir être représentés graphiquement, c'est bien celui des psychoses périodiques. Depuis longtemps déjà d'ailleurs Régis s'était efforcé de traduire graphiquement les variations de cette psychose. Les critiques de Bresler (1) acceptées par Deny et Camus amenèrent ces auteurs à une figuration un peu différente. Antheaume enfin, dans son rapport au Congrès de Genève-Lausanne en 1907, s'efforça de donner de la psychose maniaque dépressive une représentation ne donnant pas prise à la critique.

De son côté, Kraepelin devait, dans la conception de ses états mixtes, pousser plus loin la précision en schématisant, non plus simplement les états d'excitation et de dépression, mais leurs composants : il distinguait, en effet, et portait séparément dans ses gra-

(1) BRESLER. — Nature et représentation graphique du complexe symptomatique maniaque (*Psychiat. Neurol. Wochenschr.*, 1906, janv.).

phiques des phénomènes intellectuels, des phénomènes affectifs, enfin des phénomènes psycho-moteurs.

Sans nous attacher ici à l'étude des psychoses périodiques proprement dites, entité clinique individualisée et bien connue depuis trop longtemps, nous nous proposons d'exposer dans ce travail simplement la plupart des psychoses, ne rentrant pas dans le cadre de la maniaque-dépressive, mais qui cependant peuvent en revêtir l'allure, les caractères et l'évolution. Toutefois, il est juste de souligner que ces psychoses doivent comporter dans leur symptomatologie un élément de nature soit maniaque, soit mélancolique.

C'est ainsi que nous étudierons successivement :

Le syndrome de Cotard intermittent.

Les cénesthopathies délirantes curables et récidivantes.

La neurasthénie constitutionnelle et la psychasthénie rémittentes.

Les obsessions dites accidentelles et les impulsions périodiques.

Les bouffées délirantes.

La confusion mentale périodique.

Les syndromes schizophréniques fugaces ou régressifs.

LE SYNDROME DE COTARD

INTERMITTENT

Dans une communication faite à la Société Médico-Psychologique, le 28 juin 1880, sous le titre : « Du délire hypochondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse », Cotard décrit un complexe symptomatique caractérisé par ces divers éléments :

1° Anxiété mélancolique;

2° Idées de négation ou de possession;

3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires;

4° Analgésie;

5° Idées hypochondriaques de non existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, etc.

6° Idée de ne pouvoir jamais mourir.

Dans un second mémoire paru dans les Archives de neurologie en 1882, le même auteur considérant la disposition négative comme le phénomène le plus saillant, propose le terme de « délire des négations » comme dénomination applicable aux cas de mélancolie qu'il a

en vue. En même temps Cotard signale que ce délire peut se rencontrer dans d'autres maladies mentales, notamment dans la paralysie générale, l'hystérie et certaines aliénations complexes tenant à la fois de la mélancolie et du délire de persécution, ainsi qu'il le montre par un examen psychologique des plus attentifs.

Nous laisserons de côté cette seconde catégorie de faits où il s'agit tantôt de simples idées de négation épisodiques, tantôt d'un délire systématisé ne s'accompagnant pas d'un état affectif sous forme de dépression anxieuse, à l'exception de quelques cas que nous envisagerons dans un chapitre suivant. D'autres éléments font encore défaut comme les idées d'immortalité dans le délire de négation hypocondriaque, les idées d'humilité dans le délire de négation de certains persécutés systématiques. Enfin dans ces deux délires systématisés les troubles de la sensibilité se différencient par leur caractère exclusivement hyperesthésique. Ainsi, sous le nom de syndrome de Cotard, proposé par M. Régis, nous n'envisagerons que le complexe symptomatique spécialement étudié dans la mélancolie par le premier de ces auteurs.

Au sujet de ce complexe symptomatique, Cotard écrit : « Par sa marche, par son début, par sa terminaison brusque, quand elle guérit, la folie des négations se rattache au groupe des vésanies d'accès ou intermittentes et à la folie circulaire. Si même on réserve le nom de délire des négations aux cas où ce délire est arrivé au degré que nous avons indiqué au commencement de ce travail, on peut dire que le délire des négations est un état de chronicité spécial à certains

mélancoliques intermittents dont la maladie est devenue continue. »

Si nous analysons le syndrome de Cotard, nous y retrouvons les éléments fondamentaux de la mélancolie :

a) La douleur morale, la dépression et le pessimisme aboutissant à l'anxiété. L'idée de ruine est une des premières manifestations de cet état de dépression anxieuse.

b) Le ralentissement psychique, la difficulté des opérations intellectuelles, l'affaiblissement de l'activité volontaire, origines de cet état si parfaitement décrit par J. Falret sous le nom d'hypocondrie morale, allant du sentiment d'impuissance aux idées d'humilité, d'indignité, de culpabilité, d'expiation, le tout accompagné d'un sentiment de transformation et plus particulièrement d'anesthésie morale douloureuse.

c) Les modifications de la cénesthésie en rapport avec une déficience des fonctions biologiques. Ces troubles très accusés dans le syndrome de Cotard se traduisent par une anesthésie objectivement constatable, parfois accompagnée de sensations douloureuses subjectives. De concert avec les troubles affectifs, ils entraînent comme réactions des auto-mutilations et des tentatives de suicide. Les idées de négation et d'immortalité sont le corollaire, généralement tardif, de cet état d'hypocondrie physique. L'idée d'immortalité notamment n'est au fond qu'une idée hypocondriaque sous une apparence mégalo-maniaque. Il en est de même de ces idées spéciales que Cotard a groupées sous le nom de délire d'énormité et que M. Régis qualifie de délire mégalomélancolique. D'autre part,

la désagrégation mentale et l'altération de la personnalité déterminées surtout par les modifications de la cénesthésie trouvent leur expression dernière dans les idées de possession formulées par ces malades.

L'ensemble de ces idées délirantes, et plus particulièrement celles se rapportant à l'état physique, sont l'œuvre d'une paranoïa secondaire, c'est-à-dire apparue consécutivement aux troubles mélancoliques mais non pas à proprement parler engendrée par ces derniers. En réalité toutes ces idées délirantes dérivent d'une constitution paranoïaque préexistante ainsi que la constitution cyclothymique, mais celle-là ne se révélant qu'à l'occasion des troubles mélancoliques spécifiques. En d'autres termes, il s'agit d'une psychose associée.

En plus des idées délirantes de négation, la coexistence de quelques idées de persécution n'est pas rare dans le syndrome de Cotard. D'autre part, comme le signale cet auteur, il existe des aliénations complexes tenant à la fois de la mélancolie et du délire de persécution.

Parmi les symptômes mentionnés ci-dessus tous n'ont pas la même importance au point de vue de la constitution du syndrome de Cotard. Comme le fait remarquer M. Seglas, certains sont contingents et accessoires. C'est aller bien loin, dit cet auteur, que de regarder les idées soit de damnation, soit de possession, soit même d'immortalité comme indispensables, chacune en particulier, au diagnostic du délire des négations, lorsque l'on peut rencontrer soit des idées délirantes de même nature mélancolique, soit uniquement l'existence de troubles affectifs profonds comme la dépression anxieuse

accompagnée de ces impressions contraires déterminant l'altération de la personnalité et l'humeur négative des malades. Sur les 8 observations de délire des négations, personnelles à Cotard, il n'y en a que deux où se trouvent notées des idées de damnation et, ajoute M. Seglas, je n'ai relevé non plus dans aucune la mention d'idées de possession, une malade seulement se disait ensorcelée. Dans le rapport de M. Camuset (1), sur 28 observations, il n'y en a qu'une où soient notées des idées de possession, une autre malade se dit ensorcelée. Quand elle existe, l'idée de possession, exprimant un dédoublement accentué de la personnalité, a généralement une signification grave. On la rencontre plus fréquemment dans le délire de négation de certains persécutés systématiques. L'idée d'immortalité, qui pour Cotard représentait la forme la plus excessive de l'idée de négation, peut comme le délire d'énormité ne pas exister au moment de l'observation, n'apparaître que très tardivement ou même ne pas se manifester du tout. Le syndrome de Cotard peut donc être plus ou moins incomplet ou fruste, certains éléments n'existant que sous une forme rudimentaire et atténuée.

Il est admis généralement que les idées fausses du mélancolique ne sont qu'une sorte d'interprétation de la disposition d'esprit dans laquelle il se trouve, et des sensations malades qu'il éprouve.

Examinons maintenant par quelle évolution délirante les mélancoliques en arrivent au délire des né-

(1) CAMUSET. — Du délire des négations, sa valeur diagnostique et pronostique (*Rapport au Congrès des Médecins Aliénistes*, Blois, 1892).

gations. Disons tout d'abord que ce délire se retrouve en germe dans tout état de mélancolie. Les idées d'humilité, de culpabilité, de ruine qui sont ordinaires en pareil cas semblent être un délire négatif de même nature. « En même temps que ses richesses morales et intellectuelles, le malade croit avoir perdu sa fortune matérielle; il n'a plus rien de ce qui fait l'orgueil de l'homme, ni intelligence, ni énergie, ni fortune (Cotard). » Le délire hypocondriaque, ajoute Cotard, surtout moral au début, devient à une période avancée et surtout quand la maladie passe à l'état chronique, à la fois moral et physique. Des malades qui commencent par n'avoir ni cœur, ni intelligence, finissent par n'avoir plus de corps. Entre les états d'hypocondrie morale et les affections mélancoliques avec idées de damnation, de négation systématisée, d'immortalité, de possession, il semble donc n'y avoir qu'une différence de degré. Ce n'est qu'à l'apparition des idées de négation que le syndrome de Cotard se trouve vraiment constitué et que la marche de l'affection peut se modifier; c'est ainsi que le délire des négations et le syndrome qu'il caractérise n'est pas une maladie, mais représente seulement un état spécial à certains mélancoliques, survenant à une période avancée de la maladie et pouvant être précédé par un ou plusieurs accès de mélancolie commune. Ajoutons, dit M. Seglas, que souvent jusqu'à l'apparition des idées de négation, la marche générale de la maladie se trouve être celle de toutes les vésanies d'accès, c'est-à-dire qu'elle revêt une marche intermittente. Mais lorsque sont apparues les conceptions délirantes de négation

systematisées, les intermittences tendent à disparaître, les rémissions se font même rares et la marche tend à devenir continue.

On ne saurait toutefois fixer de règle absolue concernant le mode d'apparition, l'aspect clinique et l'évolution du syndrome de Cotard. Nous examinerons les diverses éventualités en les répartissant de la façon suivante :

a) Première catégorie : le syndrome se manifeste au cours d'un premier accès de mélancolie et dans ce cas tantôt les idées de négation apparaissent longtemps après le début de la maladie et lorsqu'elle se trouve à un stade avancé. Il s'agit en l'espèce d'états graves ordinairement incurables et pouvant dès lors, comme le dit M. Seglas, rentrer dans la catégorie des délires systematisés survenant dans la période de chronicité des états psychoneurotiques et rangés sous la dénomination générale de paranoïa secondaire. Ce sont les cas principalement envisagés par Cotard, qui en rapporte une observation dans son premier mémoire et cinq dans le second. On en trouve également une dans le rapport de M. Camuset : observation II, due à M. Régis.

Tantôt les idées de négation apparaissent à une époque rapprochée du début ou sont en quelque sorte contemporaines des premiers troubles mélancoliques. Dans ce cas encore l'affection peut passer à l'état chronique comme dans les observations 6, 10 et 13 du rapport de M. Camuset, mais le plus souvent l'accès guérit, quitte à récidiver une ou plusieurs fois. Il en est ainsi dans cinq observations figurant dans le rapport

de M. Camuset, quatre fois : observations 8, 15, 17 et 23, dues à M^{lle} Cullerre, aucune récidive n'est signalée. Dans l'observation 8, notamment, la guérison survenue au bout de 4 mois se maintient après 9 ans. L'observation 3, communiquée par M. Régis, est particulièrement remarquable : un premier accès de mélancolie anxieuse avec délire des négations guérit, et l'état normal se maintient pendant dix ans. Puis surviennent quatre autres accès semblables suivis de guérison. Le sixième accès est encore en évolution au moment où M. Camuset présente son rapport.

b) Le syndrome est précédé d'un ou plusieurs accès de mélancolie ordinaire. Dans cette catégorie rentrent deux observations de Cotard où la maladie dure depuis 6 et 4 ans. D'autres malades guérissent. Ainsi la malade de Seglas (Obs. I du rapport de Camuset) présente un accès de mélancolie ordinaire terminé par guérison en quelques mois. L'état normal se maintient pendant dix ans, puis survient un deuxième accès avec syndrome de Cotard, qui dure plus de 4 ans, mais finit par guérir. Chez un malade de M. Charon (Obs. 4 du rapport de Camuset), on voit un premier accès de dépression mélancolique guérir complètement après deux mois, puis un deuxième accès avec idées de négation et d'immortalité terminé par guérison complète et suivi d'un troisième accès semblable au précédent, en voie de décroissance à l'époque où l'observation est communiquée.

En résumé, nous voyons le syndrome de Cotard se présenter tantôt sous une forme chronique s'expli-

quant par l'association d'un élément paranoïaque prépondérant, tantôt sous une forme intermittente, avec accès curables, même après une longue durée, séparés par des périodes parfois très longues d'état normal. A noter aussi dans les formes prolongées l'existence d'améliorations passagères répétées et pouvant précéder la guérison définitive.

Jusqu'ici, nous avons vu que très souvent la maladie suivait une marche intermittente, mais tous les paroxysmes délirants étaient en somme de nature mélancolique. Il est une autre forme de folie intermittente dans laquelle on peut rencontrer aussi le même délire de négation, c'est la folie circulaire. M. Joao Barreira (1) a rapporté un fait de ce genre relatif à une femme atteinte de folie circulaire. Elle avait déjà eu plusieurs accès composés d'une période maniaque, puis d'une autre mélancolique d'intensité moyenne et de forme ordinaire, sans intervalle lucide appréciable. Au bout de quelques années, la période mélancolique d'un accès, au lieu d'être suivie de la période maniaque, vint à se prolonger, s'accompagnant d'idées de négation systématisées, d'idées d'énormité, de tentatives de suicide et d'auto-mutilations. De même, dans l'observation 20 de M. Camuset, nous voyons au début de l'excitation maniaque remplacée par un délire mélancolique anxieux, avec idées de culpabilité et idées hypocondriaques de négation.

(1) Joao BARREIRA (1892), cité par SEGLAS. — Le délire des négations, 1895 (1 vol. collection G. Masson et Gauthiers-Villars et Fils, éditeurs).

Dans une autre observation de M. Camuset (obs. 27), il s'agit d'un homme qui présente un délire maniaque continu, précédé d'accès maniaques assez espacés. Or, depuis le premier accès, existent des idées d'absence et transformations d'organes au milieu de divagations diverses. Avant l'apparition du délire de négation, ou quand ce dernier coexiste dès le début avec les symptômes maniaques comme dans la précédente observation, la maladie, par sa marche caractéristique, rentre bien toujours dans la catégorie des vésanies intermittentes dont la forme circulaire ne constitue qu'une modalité.

L'observation ci-dessus, recueillie à l'Asile de Maréville, est un exemple du délire des négations à type intermittent. Ce cas se distingue par les particularités suivantes :

1° Apparition du syndrome au début du premier accès, caractérisé par un état de dépression et d'anxiété sans délire mélancolique proprement dit. Par contre, existence de quelques interprétations délirantes dans le sens de la persécution, en plus des idées de négation et d'immortalité très développées, accompagnées d'anesthésie et d'une continuelle tendance aux automutilations. Longue durée de cet accès (deux ans et demi).

2° Etat normal pendant onze ans.

3° Deuxième accès survenu cinq jours après un choc émotif violent et présentant les mêmes caractères que le premier. Au cours de ce deuxième accès, qui dure

dix-huit mois, rémissions passagères laissant entrevoir la possibilité d'une guérison, surtout en l'absence de tout déficit mental.

OBSERVATION I

Il s'agit de Mme M..., entrée à l'Asile pour la première fois le 20 juillet 1922, à l'âge de 37 ans, pour des troubles de la série mélancolique.

Antécédents héréditaires : Père alcoolique, mort jeune à 44 ans, à l'Asile de Fains. Il souffrait de l'estomac, était devenu neurasthénique et ne travaillait plus. La mère, encore en vie, est emphysémateuse, elle a eu sept grossesses : les quatre premiers enfants sont morts, l'aîné à 1 mois, le second à 7 jours, les deux autres sont morts; enfin viennent la malade et deux frères, dont l'un, représentant de commerce, est en bonne santé et dont l'autre a été tué à la guerre.

Antécédents personnels : Mme M... n'a pas souvenir d'avoir présenté une maladie quelconque pendant son enfance. Réglée à 13 ou 14 ans, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'au moment où on a dû lui faire une ovariectomie (opération sur laquelle nous aurons à revenir dans la suite de cet exposé). Présentant une bonne instruction primaire, munie de son certificat d'études, notre malade aide sa mère dans son commerce jusqu'en 1910, époque à laquelle elle se marie. Elle a alors 24 ans.

Le 4 octobre 1911, elle accouche normalement d'une fillette; les suites de couches ne présentent rien de particulier et la malade nourrit sa fille au sein. En 1914 les Allemands occupent la ferme qu'elle tenait avec son mari à B. Cette occupation s'est continuée pendant toute

la guerre, mais notre malade n'a pas souffert de privations, ni de mauvais traitements d'aucune sorte. Un seul fait à signaler, car il va servir à aiguiller le délire de notre malade, les Allemands font quelques aménagements dans la ferme et en particulier installent l'électricité.

H. M. : C'est en 1919 qu'il faut fixer approximativement le début des troubles présentés par notre malade. A ce moment elle commence à éprouver une sensation de gêne qu'elle localise dans l'hypocondre gauche. Un médecin, consulté par elle, lui parle de dilatation d'estomac et lui fait prendre des cachets de charbon. Mais Mme M. continue à souffrir et à s'inquiéter. Elle se met à examiner ses selles et les trouve trop abondantes (sa fille, dit-elle, présentait aussi le même symptôme), de plus elle remarque la présence de peaux dans ses selles. A ce moment elle souffre de partout : de la gorge, de l'estomac, du bas-ventre. Elle n'a plus de force dans les jambes, marche pliée en deux. On doit la conduire en voiture chez le médecin, bien que sa demeure ne soit distante que d'un kilomètre. A ce moment, elle est réglée abondamment, toujours en avance, et perd des caillots de sang. Ces métrorrhagies s'accompagnent de leucorrhée. En octobre 1921, un médecin diagnostique une affection gynécologique et en avril 1922, en désespoir de cause, l'adresse à un chirurgien de Briey. Elle entre à l'hôpital le 10 mai, où on pratique alors une ovariectomie. Quelques jours après l'opération, notre malade, déjà cénesthopathe, passe de l'hypocondrie simple à l'hypocondrie délirante. Elle se plaint que les liquides qu'elle absorbe circulent dans son corps comme s'ils étaient libres. Elle sort le 31 mai 1922 de l'hôpital, guérie quant à son opération, mais continuant à ressentir les mêmes

malaises pénibles qu'elle éprouvait avant celle-ci. Ses troubles cénesthésiques se sont même accentués depuis cette intervention. C'est ainsi qu'après avoir mangé, elle sent « des tiraillements, des arrachements dans la poitrine ». De plus, un matin en juin, elle « crache du sang et un amas de chair » qui, dit-elle, est son estomac. Après cet accident, elle a senti son intestin redescendre dans son corps, se décomposer et pourrir sur place. Il nous semble bien, ce qui d'ailleurs nous a été confirmé par la famille, que les idées délirantes ne se soient greffées sur ce fond cénesthésique déjà pénible et hypochondriaque, qu'à la faveur ou tout au moins qu'après l'intervention.

Mme M... est alors amenée à l'Asile pour la première fois le 20 juillet 1922, dans le service de M. le docteur Lallanne, qui rédige un certificat immédiat signalant que « Mme M... présente actuellement des troubles psychopathiques à forme dépressive, survenus peu de temps après une ovariectomie récente et caractérisés actuellement par des préoccupations hypochondriaques prédominantes, avec interprétations fausses à forme d'idées de persécution, découragement et tendances au suicide, poussées d'anxiété, insomnie. »

A ce moment, la malade déclare qu'elle a vomi son estomac. Elle pense que cet accident est dû à l'électricité. Celle-ci ayant été mal posée par les Allemands (lors de l'occupation de la ferme) émettait un produit noir qui a détruit ses organes, ceux de sa fille, de son mari et de sa mère. N'ayant pas d'estomac, elle refuse de manger, et on doit la nourrir à la sonde. Elle n'a plus d'intestins ni de vessie, ces derniers organes ne pouvant fonctionner que si on a un estomac. Elle reconnaît cependant qu'elle va à la selle et qu'elle urine. Elle est en vie car elle pos-

sède encore un cœur qu'elle sent battre et des poumons, puisqu'elle respire. Mais si elle vit, son corps est comme mort : elle n'a plus de sensibilité comme auparavant, on peut la pincer sans lui faire de mal, de même ses muscles ne fonctionnent plus. Favorisée par cette anesthésie, Mme M... présente une tendance marquée à l'automutilation : elle se gratte jusqu'au sang dans l'espoir de sentir quelque chose. Elle n'a plus non plus de sentiments comme avant, rien de l'émeut, elle n'éprouve plus d'affection ni d'amitié; elle n'a plus de conscience, plus de volonté, plus d'âme. Son corps est immortel puisqu'elle vit dans des conditions aussi anormales. Signalons que notre malade ne présente pas d'idées délirantes de culpabilité ni d'indignité : elle n'a commis aucune faute, ce qui lui arrive est une malédiction et non pas la punition d'une faute. Cette idée d'être maudite se rapproche de l'idée de damnation faisant partie du syndrome de Cotard, dont nous retrouvons chez la malade les autres éléments constitutifs. A noter l'absence de toute hallucination. Cet état délirant, entrecoupé d'accalmies passagères et de poussées d'anxiété, persiste jusqu'en décembre 1924. A cette époque, on constate une amélioration parallèle de l'état physique et de l'état mental. La malade s'alimente et dort mieux, prend de l'embonpoint, s'occupe régulièrement; la dépression et l'émotivité sont très atténuées; les idées hypocondriaques, de négation et d'immortalité semblent avoir complètement disparu. Mme M... sort enfin par guérison, le 19 décembre 1924 et le 22 janvier 1930, elle écrit une longue lettre qui atteste sa complète guérison.

Un choc affectif devait, après onze ans de guérison, ramener les idées délirantes de cette malade. Huit jours en effet après la perte subite de sa fille unique, âgée de

23 ans; le 1^{er} octobre 1935, elle rentre à l'Asile munie d'un certificat de placement à fin d'internement libellé par le docteur Berton. Ce certificat assez détaillé nous apprend que Mme M... présente des idées de suicide; et que, pendant la nuit du 29 au 30 septembre 1935, son mari et son gendre ont dû intervenir à plusieurs reprises très énergiquement pour l'empêcher de se jeter par la fenêtre. Depuis l'enterrement de sa fille (qui a eu lieu le 24 septembre), c'est-à-dire depuis quatre jours, cette malade a refusé formellement de s'alimenter et n'a pas fermé l'œil. Le docteur Berton ajoute qu'indiscutablement ces troubles mentaux sont consécutifs à son deuil récent; et que, comme pendant onze ans, la guérison s'était maintenue, il est permis de supposer que, sans ce choc effectif, il en serait encore ainsi.

A l'entrée, nous sommes en présence d'une malade dont les facultés intellectuelles paraissent intactes. Elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace, la mémoire est conservée; présente, elle répond correctement aux questions qui lui sont posées. Mais l'intégrité intellectuelle de cette malade est masquée par un ralentissement psychique des plus accusés. La démarche et les gestes sont lents. Mme M... s'exprime d'une voix monotone, larmoyante et traînante. L'attention a besoin d'être soutenue par des questions répétées; c'est que, indifférente à tout ce qui l'entoure, elle est concentrée sur sa douleur morale et sur ses sensations cénesthésiques pénibles qui la plongent dans un état d'anxiété diffuse. Comme il y a onze ans, elle n'a plus d'estomac, plus d'intestins, plus de reins et plus de vessie, tout est pourri en elle, les aliments se mélangent dans son ventre, elle ne sait comment. Mais comme son cœur continue à battre dans un état pareil, elle est immortelle. Le syndrome

de Cotard est donc reconstitué tel qu'il était lors de son premier internement. Les explications d'ailleurs données par Mme M... sont les mêmes qu'il y a onze ans. A noter l'absence des idées délirantes, mélancoliques, d'indignité et d'auto-accusation, ainsi que celle des troubles psychosensoriels. Elle dit que ce qui lui arrive est une malédiction et une punition de Dieu, mais qu'elle n'a commis aucune faute.

Le 9 octobre 1935, M. le docteur Privat de Fortunié, dans le service duquel est entrée cette malade, s'exprime de la façon suivante dans un bulletin de santé adressé à son mari : « Je retrouve chez la malade les mêmes préoccupations délirantes qu'il y a onze ans, avant sa guérison. J'espère que cette nouvelle crise prendra fin, comme la précédente, dans un laps de temps que je ne puis actuellement préciser. »

Depuis, divers traitements sont pratiqués avec un égal insuccès. Pendant huit mois environ, Mme M... reste soumise aux mêmes idées délirantes hypocondriaques, à type Cotard. Souvent même on doit recourir à l'alimentation par la sonde œsophagienne. Ultérieurement, toutefois, plusieurs rémissions se sont produites, notamment en juin 1936 et en février 1937, rémissions d'un ou plusieurs mois, caractérisées par la diminution de l'anxiété d'une part, la reprise de l'alimentation et d'occupations régulières d'autre part. Mais chaque fois la rechute s'est produite après une tentative de sortie.

D'une façon générale, le délire est moins actif, les idées de négation et d'immortalité ne se manifestent que durant les poussées d'anxiété. Ce qui affecte le plus la malade, ce sont ses troubles de la sensibilité, son anesthésie surtout, la poussant à se gratter la figure et les mains, qui sont presque constamment le siège d'excoria-

tions. Par ailleurs, ses facultés mentales ne sont pas diminuées, l'attention et la mémoire sont intactes, les sentiments affectifs à l'égard de son mari bien conservés; elle manifeste le désir et la volonté de guérir, pour l'aider dans son exploitation et diriger son ménage, ce qui, même après une durée de 22 mois, permet encore d'espérer la disparition de ses troubles mélancoliques.

Les CENESTHOPATHIES DÉLIRANTES CURABLES et RÉCIDIVANTES

8

Le terme de cénesthésie signifie étymologiquement l'ensemble des sensations communes d'origine organique générale, par opposition aux sensations spécifiques d'origine sensorielle. Cette sensibilité commune se manifeste surtout dans l'intimité des tissus, au niveau des organes et des viscères. C'est la sensibilité, par excellence, de la vie végétative. Le propre de cette sensibilité est de se traduire dans la conscience non par des modifications sensitives plus ou moins aiguës, mais par une impression profonde, vague et diffuse de bien-être ou de malaise, par une perception obscure et intime de nos organes, qui nous renseigne sur leur présence, leur étendue, leur structure et leur mouvement. Les troubles de cette sensibilité commune, le plus souvent en rapport avec un déséquilibre du système neuro-végétatif, conduisent à discuter en général le diagnostic de viscéropathie. Les cénesthopathies s'opposent donc dans une certaine mesure, aux névralgies d'origine centrale ou périphérique, bien qu'elles soient souvent associées à ces dernières.

Certains auteurs, dit Dupré, désignent aussi sous le nom de cénesthésie, le sentiment intime plus ou moins obscur de notre corps, de la tonalité générale de l'exer-

cice de nos fonctions, résultat de la synthèse de sensations, surtout végétatives, qui émanent de la vie de l'organisme. Or, c'est de la synthèse des éléments primaires de la sensibilité organique que résultent le sentiment de l'existence, la conscience de l'organisme. Ce sentiment actuel, joint à la mémoire de notre passé, constitue la notion de la personnalité; par dérivation, cénesthésie a pris le sens spécial de sentiment général de la personnalité.

Enfin, par une extension progressive du sens étymologique du terme, une signification plus vaste et plus abstraite, d'ordre plus moral que physique, s'est attachée au mot cénesthésie devenu parfois synonyme des expressions « ton affectif, humeur, dispositions sentimentales » (Dupré). Dans la mélancolie notamment, l'état cénesthésique pénible s'ajoutant à la gêne des opérations intellectuelles engendrent la tristesse, la douleur morale. Par contre, Th. Gautier (1) a pu écrire au sujet d'un de ses personnages : « G. de M. éprouvait cette sorte de béatitude physique, résultat de l'accord parfait des organes. Il était heureux sans qu'il lui fût arrivé aucun bonheur. »

Ces diverses attributions du mot cénesthésie, observe Dupré, explicables par d'excellentes raisons et notamment par les progrès de la psychologie, ont l'inconvénient d'obscurcir parfois le discours et notamment d'apporter quelque confusion entre les deux notions du « sensitif » et de « l'affectif ». Tous ces éléments de la connaissance de notre personne peuvent être

(1) Théophile GAUTIER. — *Spirite*, page 2.

altérés séparément et présenter des troubles qui, naturellement, sont souvent associés, mais qui méritent chacun des noms spéciaux. Or, j'ai proposé avec P. Camus d'appeler « cénesthopathies » les troubles des éléments primaires de la sensibilité organique, les vibrations émanées de tel ou tel territoire cénesthésique.

Dupré et Camus assignent aux cénesthopathies les caractères spécifiques suivants :

1° Elles ont un caractère fonctionnel, anorganique, indépendant de toute lésion locale pathogène saisissable. Quand il existe une lésion, elle ne joue qu'un rôle secondaire et accessoire dans la pathogénie de l'affection sensitive, la disparition de la prétendue cause n'en supprimant pas l'effet. Dans l'immense majorité des cas, le trouble sensitif d'origine centrale n'est pas modifié par les thérapeutiques périphériques.

2° Ce sont des altérations de la sensibilité commune presque toujours régionales, intéressant par ordre de fréquence d'abord la tête, puis l'abdomen, ensuite le thorax et enfin les membres.

3° Plus voisines des paresthésies que des douleurs, elles ne sont qu'une espèce du genre paresthésie. Les malades se plaignent, en effet, d'éprouver dans différentes parties du corps des sensations anormales, à caractère plutôt pénible et gênant que douloureux, dont la nature insolite les trouble, et dont la durée persistante les inquiète. Il s'agit de sensations étranges, souvent indéfinissables, et décrites par les malades avec un grand luxe d'images et de comparaisons, propor-

tionnelles, dans leur précision et leur pittoresque, au niveau intellectuel et à la richesse imaginative des sujets. Les parties du corps sont rétrécies, élargies, aplaties, gonflées, desséchées, recroquevillées, déplacées, modifiées dans leur forme, leur température, leur poids, leurs sécrétions, leur mobilité ou leur fixité, etc. Elles sont maintenues et comprimées par des crampons, des attaches, des appliques, des tenailles, etc. Des corps étrangers s'y interposent, des gaz s'y insinuent, des courants y circulent, des bouillonnements y frémissent, des craquements, des crépitations y éclatent, etc. Des engourdissements, des serrements, des tiraillements, des ballotements, des dislocations sont ressentis et longuement décrits. A ces pénibles sensations s'ajoutent d'autres malaises, de nature plus vague et que les malades désignent, faute de mots plus précis, par les termes de paralysie, de congestion, d'anémie, de mort, de pourriture, de carie, d'état de bouillie, etc., de telle ou telle région. » (Dupré).

4° Les réactions émotives : excitation ou dépression, irritabilité, anxiété ne font pas partie intégrante du syndrome cénesthopathique pur.

5° En décrivant leurs pénibles sensations, les malades ne délirent pas. Ils n'édifient pas de système pathologique sur leurs troubles sensitifs, et n'en présentent pas une explication plus absurde que les sujets normaux qui essaient d'interpréter le mécanisme de leurs souffrances. Ils ne croient pas à l'origine extranaturelle de leurs malaises : ils se bornent à les exposer et à s'en plaindre; ils en reconnaissent le carac-

tère morbide, cherchent à les guérir ou les soulager et ne formulent pas plus d'idées délirantes que les sujets atteints de névralgies chroniques (Dupré).

6° Au point de vue évolutif, les cénesthopathies se distinguent par leur persistance et leur fixité.

Mais si les cénesthopathies consistent essentiellement dans un déséquilibre constitutionnel de la sensibilité, qui peut exister à l'état pur et isolé, dans la clinique psychiatrique, comme le dit Dupré, les cénesthopathies apparaissent souvent associées aux troubles sensoriels, affectifs, intellectuels, comme une des notes seulement du concert morbide. Elles sont alors reliées, dans le tableau clinique à d'autres éléments pathologiques auxquels elles se juxtaposent ou se combinent pour constituer un système psychopathique plus ou moins riche, un délire plus ou moins systématisé.

Au point de vue physique, à ces troubles cénesthopathiques peuvent s'associer d'autres syndromes, de nature sensitive ou sensorielle (véritables douleurs, algies, névralgies, prurit, bourdonnements, hyperesthésie cutanée ou sensorielle, etc.), de nature motrice (spasmes, crampes, tremblements, myoclonies, tics, etc.), de nature vasculaire ou sécrétoire (troubles vasomoteurs, glandulaires) ; des vertiges, des migraines, etc.

Au point de vue psychique, dans beaucoup de cas aussi, on constatera, associées aux troubles cénesthopathiques, des réactions morbides (excitation ou dépression, inquiétude, irritabilité, anxiété, neurasthénie, obsessions, préoccupations hypocondriaques. idées de persécution) conditionnées par les malaises

sensitifs, ou combinées à eux, en vertu des aptitudes personnelles des sujets. Enfin les cénesthopathies proprement dites se compliquent souvent d'altération du sentiment de la personnalité. Aux cénesthopathies crâniennes notamment sont souvent associés des troubles de ce que l'on appelle la cénesthésie psychique : inhibition de la pensée, dépersonnalisation, etc.

Ainsi, chez quelques malades, les cénesthopathies évoluent par crises temporaires, intermittentes, curables à la façon des obsessions, et relèvent, en pareil cas, de la constitution cyclothymique combinée au déséquilibre de la sensibilité. P. Camus a publié le cas très intéressant d'une sexagénaire, atteinte depuis plus de trente ans de cénesthopathies diffuses très intenses, continues et de périodes alternantes d'hypomanie et de mélancolie. Au cours des crises de dépression, les troubles de la sensibilité deviennent le prétexte du redoublement de l'anxiété, de lamentations et d'ébauches d'idées délirantes d'hypocondrie et de négation. Dans les accès d'excitation, les mêmes troubles sensitifs ne réveillent plus de craintes; la malade les décrit avec bonne humeur et avec la conviction de leur prochaine guérison (Dupré). Chez d'autres malades, les cénesthopathies chroniques, après avoir longtemps évolué à l'état pur, sans association vésanique, se compliquent de troubles psychiques, d'ordre dépressif et délirant. Les cénesthopathes deviennent des mélancoliques, des anxieux, des hypocondriaques, des négateurs, des persécutés.

Ces troubles affectifs peuvent se manifester dès le

début, attestant la coexistence de constitutions morbides différentes.

La cyclothymie et la paranoïa sont les deux principaux éléments dont l'intervention vient modifier l'aspect clinique et le pronostic général des cénesthopathies. L'association de la cyclothymie notamment, explique l'apparition chez les cénesthopathes des réactions secondaires les plus fréquentes, qui sont la dépression psychique, l'anxiété et les préoccupations hypocondriaques. Elle n'est probablement pas non plus étrangère à l'apparition des troubles sensitifs, la mélancolie ordinaire comportant elle-même un état cénesthésique pénible. Elle influe d'autre part sur l'évolution de la maladie qui peut, dans ces conditions, revêtir une marche intermittente.

Les cénesthopathes délirants sont des hypocondriaques ou des persécutés. Chez ces deux sortes de malades, les troubles cénesthésiques jouent dans l'édification des psychoses un rôle analogue à celui des troubles psycho-sensoriels. Dans les deux cas, les malades tentent une explication médicale de leur état, soit qu'ils le rapportent à une maladie accidentelle, soit qu'ils l'attribuent à une action étrangère, hostile. Le passage de la première à la deuxième explication est d'ailleurs fréquent, l'hypocondriaque devenant facilement un persécuté.

Si, comme le signale Dupré, les vrais cénesthopathes ne sont nullement des hypocondriaques, presque tous les hypocondriaques ont des troubles cénesthopathiques qui suscitent des craintes exagérées ou des conceptions délirantes relatives à leur santé. Ces derniè-

res, tantôt revêtent une forme chronique systématisée, pouvant aboutir au délire des négations, tantôt évoluent par accès quand la constitution cyclothymique, se manifestant par la dépression, l'anxiété, l'excitation, l'irritabilité, s'associe au déséquilibre sensitif et à la paranoïa. L'observation qui suit est un exemple de cénesthopathie délirante, hypocondriaque, à forme intermittente.

OBSERVATION II

Mlle Alice B... entre à l'Asile de Maréville le 17 octobre 1933, transférée de l'hôpital central de Nancy, où elle était entrée après une tentative de suicide par arme à feu.

Son père, mort à 58 ans, était alcoolique et violent; un frère du père, caviste, était aussi alcoolique.

Sa mère est décédée d'hydropisie à 55 ans.

Deux frères de la malade sont buveurs; un autre est mort en bas-âge, un dernier à 29 ans, de mastoïdite.

Notre malade, venue à terme, a eu une enfance normale. Réglée depuis l'âge de 13 ans, mais irrégulièrement, elle a toujours été de caractère plutôt triste, c'était une enfant délicate. Alice nous apprend que depuis l'âge de 15 ans, elle présentait des troubles digestifs et souffrait de gastralgie; elle avait de l'embarras gastrique, avec des éructations aigres gazeuses; dès qu'elle avait mangé, la digestion ne se faisait pas. Elle était constipée, n'avait vraiment pas mal, mais était surtout gênée, ballonnée. Après un long traitement médical sans grand résultat, elle s'est fait opérer en juillet 1933. Une laparotomie sus-ombilicale témoigne en effet d'une intervention chi-

rurgicale, peut-être d'un simulacre? Le chirurgien lui aurait dit en effet qu'elle souffrirait encore pendant quelques années, tant que la cicatrice ne serait pas bien guérie.

Après cette opération, pendant une phase de dépression, notre malade tente de se noyer. Cette tentative de suicide ayant échoué, elle recommence en se tirant une balle de revolver dans la tempe droite. C'est alors, qu'après être restée un certain temps sous la surveillance chirurgicale, dans le milieu hospitalier, elle entre à Maréville, se plaignant de douleurs dans le sein gauche et se croyant atteinte d'un néoplasme du sein qui la ronge jour et nuit. Le début de ces douleurs remonte à plus de six mois et elle souffre horriblement. Ça la prend tout d'un coup, dit-elle, comme un point de côté. La respiration lui manquant, elle était forcée de s'arrêter et de se coucher sur le côté droit. Ces élancements dans le sein gauche, qui la prenaient quand elle travaillait courbée ou marchait trop vite s'accompagnaient de palpitations. C'était une drôle de sensation, dit-elle, plutôt superficielle et ne s'accroissant pas au contact. Ajoutons que notre malade a de l'aménorrhée depuis juillet 1933, c'est-à-dire depuis le début de ses troubles cénesthésiques; ses processus psychiques sont généralement ralentis. Cette malade, qui est lucide, se présente dans une tenue négligée, mais, quoique déprimée, raconte elle-même assez bien son histoire. M. le docteur Privat de Fortunié, dans le service duquel entre cette malade, la trouve atteinte de « délire hypocondriaque ancien en rapport avec des troubles gastro-intestinaux, avec hyperesthésie généralisée, état obsessionnels, avec phobie du cancer, dépression, asthénie, découragement, impulsions au suicide ».

Pendant plus de trois ans, cette malade ne devait ces-

ser de gémir sur ses douleurs, et de se lamenter en réclamant quotidiennement une intervention curatrice de son cancer imaginaire du sein gauche.

Durant ce laps de temps, quelques données nouvelles devaient venir compliquer le tableau clinique : cette malade, qui était entrée dans un état de déchéance physique avancé, avec quelques craquements à l'auscultation des sommets, présenta, en juin 1936, des signes d'évolution bacillaire décelée par l'auscultation et confirmée par la radioscopie.

Plus intéressante fut, le 6 décembre 1935, la constatation d'une crise épileptiforme caractérisée par l'émission d'un cri, suivi de contraction tonique des membres et d'expulsion de bave spumeuse. Cette crise dura dix minutes environ, et la malade hébétée n'en avait aucune conscience après. Un mois environ auparavant déjà, la malade avait présenté une crise encore plus fruste.

Mais les troubles cénesthésiques qui duraient depuis 1933 devaient un jour guérir spontanément. C'est ainsi qu'au début de l'année 1937, les plaintes de la malade commencèrent à s'atténuer. Quoique beaucoup plus calme, elle continuait cependant à réclamer un calmant pour la nuit et geignait tant qu'elle ne l'avait pas. On eut alors l'idée de substituer à cette potion calmante un peu d'eau teintée et la malade n'en continua pas moins à dormir tranquillement. Bientôt on assista à une amélioration sensible de l'état général avec reprise de la menstruation et retour de l'appétit. Dès ce moment, les troubles cénesthésiques disparurent complètement. La malade, un peu débile, d'ailleurs, expliquait que les douleurs qu'elle avait ressenties étaient dues à la présence de gouttelettes de mauvais sang dans les territoires douloureux, avec le retour de la menstruation, tout cela avait disparu.

Depuis deux mois environ, Mlle B.,, lucide et présente, s'occupe régulièrement, ne se plaint absolument de rien. Au contraire, un certain air de satisfaction, dû, tant à la débilité mentale qu'à la cénesthésie normale, égaye son visage.

De même qu'il existe des délirants de persécution à base sensorielle, de même il y en a à base exclusivement cénesthésique et chez ces derniers, suivant la nature et le siège des troubles sensitifs, l'interprétation peut être à teinte hypocondriaque. Tissot en a publié une intéressante observation dans les annales médico-psychologiques de 1910. Précédemment, Seglas avait décrit une variété spéciale de délirants systématiques chez lesquels les idées de persécution, basées principalement sur des troubles cénesthésiques et psychomoteurs, aboutissent fréquemment au délire de négation et de possession, d'où le nom de persécutés possédés donné par M. Seglas à ces malades, qui présentent une altération profonde de la personnalité. Ici encore, l'adjonction d'un élément cyclothymique peut donner à ces délires une marche intermittente. C'est ainsi que le Docteur Privat de Fortunié (1) a publié l'observation d'une malade cénesthopathe, cyclothymique et paranoïaque, ayant présenté à l'âge de 22 ans un premier accès délirant, déclenché par l'apparition brusque de troubles cénesthésiques très accusés, accompagné d'un état affectif pénible avec idées de suicide,

(1) PRIVAT DE FORTUNIÉ. — Délire systématisé à évolution chronique (*Annales Médico-Psychologiques*, janvier 1923).

coexistant avec des phénomènes d'excitation. Après avoir duré plus de 4 ans, l'accès se termina par une guérison qui se maintint 15 années, pendant lesquelles cette personne se maria et eut plusieurs enfants. A l'âge de 42 ans, à la suite de sa dernière grossesse, déjà marquée par de sombres pressentiments, survint un deuxième accès caractérisé par la réapparition des troubles cénesthésiques et délirants, d'ordre interprétatif et imaginatif, avec idées de persécution, de possession, de négation et d'immortalité, qui persistèrent jusqu'à sa mort survenue dans le marasme cinq ans et demi après. Au cours de ses deux accès, cette malade cénesthopathe s'est présentée comme une persécutée possédée mélancolique, ou plus exactement maniaco-dépressive, car chez elle, à l'état affectif pénible se joignait une excitation intellectuelle marquée. Dans ce cas, la nature imaginative du délire s'accorde bien avec les remarques faites par Devaux et Logre (1) à propos de l'anxiété mélancolique : « Ce qui différencie le syndrome de Cotard du délire mélancolique ordinaire, ce n'est pas la nature même de l'anxiété, c'est la suspension, en général plus marquée, de la critique, souvent même de la démence initiale (2) et c'est surtout, à la faveur de cette diminution du contrôle intellectuel, l'exaltation des processus imaginatifs, qui donne au délire une formule particulière, une sorte d'ampleur grandiose et surhumaine... Le faux

(1) DEVAUX et LOGRE. — *Les Anxieux* (Masson, 1917).

(2) Il serait, croyons-nous, préférable de dire la désagrégation profonde de la personnalité.

aspect du délire de grandeur s'explique précisément dans le syndrome de Cotard, par l'énormité de la réaction imaginative. »

Il est une catégorie de cénesthopathes délirants dont les troubles peuvent aussi être intermittents, ce sont les alcooliques. Bien qu'en l'espèce, l'origine accidentelle et le substratum somatique des troubles sensitifs nous éloigne un peu de notre sujet, nous parlerons de ces malades qui ne semblent pas avoir beaucoup attiré l'attention. Il est de notion courante que dans l'alcoolisme chronique les troubles de la sensibilité sont fréquents. Les plus connus sont ceux qui intéressent le système nerveux périphérique et consistent en anesthésies localisées principalement au niveau des membres inférieurs et en phénomènes douloureux : névralgies intercostales, hyperalgie symétrique des extrémités, crampes, sensation de brûlure, fourmillements, engourdissements dans les membres. Les troubles de la sensibilité interne peuvent être non moins accusés. Tel malade dit que sa cervelle bout comme si elle était plongée dans l'eau bouillante, que sa tête est usée, son corps brûlé, ses intestins perforés, ses os broyés; tel autre croit qu'on a pratiqué sur lui des opérations chirurgicales, sectionné, enlevé des organes, interposé des corps étrangers, que des personnes profitent de son sommeil pour se livrer à des manipulations à l'intérieur de son corps. Ces troubles de la cénesthésie donnent naissance à des conceptions délirantes hypocondriaques qui peuvent aboutir au délire de négation et être l'origine d'auto-mutilations; ailleurs elles développent des idées de persécution

pouvant revêtir la forme d'une psychose paranoïde chronique. La plupart du temps, ces conceptions disparaissent avec les troubles de la sensibilité générale sous l'influence d'un changement de régime. La malade dont nous rapportons l'observation présenta deux accès, l'un qui dura deux ans et demi, l'autre survenu cinq ans après était seulement en voie d'amélioration quand la malade sortit de l'Asile huit mois après son admission et onze mois après le début des troubles cénesthésiques et délirants.

OBSERVATION III

Maria A..., femme séparée G..., est une malade de 41 ans qui entre à l'Asile le 8 juin 1934.

Nous n'avons aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et collatéraux. Ses antécédents personnels nous montrent qu'il y a cinq ans environ, cette malade a déjà présenté un accès similaire à celui qui l'amène en ce moment et d'une durée de deux ans et demi environ. L'accès actuel, de son côté, remonterait à trois mois environ.

A son entrée, Maria se présente avec une attitude triste et résignée. Les signes d'exo-intoxication sont assez marqués; se manifestant par un tremblement de la langue et des extrémités, une exagération des réflexes tendineux et une paresse des pupilles à la lumière; des hallucinations visuelles complètent ce tableau clinique. Cette malade présente enfin une obnubilation légère accompagnée de dysmnésie. Indifférente et presque souriante, elle raconte qu'elle a beaucoup souffert ces temps derniers : on lui a fait une opération (toute imaginaire d'ailleurs) dans

le vagin. Mais, après une amélioration passagère, elle a senti à nouveau et ressent encore des piqûres dans le sein et dans le ventre. Il nous faut signaler ici le caractère variable, au point de vue douleur, de ces troubles cénestopathiques. Les uns se présentent comme des douleurs vives ressenties par la malade : « Cela vous pince, cela vous déchire », dit-elle. Elle sent des brûlures, des coupures dans l'abdomen « comme si on lui avait retiré ses organes », dit-elle encore. Cette douleur subjective est tellement réelle, que notre malade en arrive à dire qu'elle a été opérée. En opposition avec ces phénomènes algiques, Mme G. présente aussi des troubles cénesthopathiques non douloureux : ce sont des impressions bizarres, une sensation de mouvement, de grouillement dans son abdomen, au point qu'elle nous annonce qu'on lui mange dans le ventre, qu'on manipule ses organes. Des phénomènes plus bizarres encore sont intermédiaires entre ces dernières assertions purement tactiles et les algies subjectives : c'est ainsi que Mme G... accuse avoir une lame aimantée dans le vagin.

M. le docteur Privat de Fortunié, dans le service duquel est entrée cette malade, rédige le certificat suivant : « La susnommée est atteinte de psychose paranoïde, consécutive à l'éthylisme chronique et caractérisée par des idées délirantes mal systématisées de persécution, avec des idées de transformation corporelle, en rapport avec des troubles de la cénesthésie et de la sensibilité cutanée, entretenues aussi par des hallucinations visuelles, ces dernières à prédominance nocturne; signes fonctionnels et physiques de l'intoxication éthylique, tremblement très accusé de la langue et des mains, crampes dans les jambes, anesthésie superficielle des membres inférieurs, pa-

resse du réflexe photo-moteur, cauchemars, réveil en sursaut, insomnie. »

Les premiers temps du séjour à l'Asile sont marqués par une amélioration progressive des signes d'intoxication. La malade est moins confuse, elle se montre docile et s'alimente plus facilement. Mais, jusqu'en fin septembre, on note la persistance des idées de persécution et des troubles cénesthésiques, ainsi que d'une certaine instabilité de l'humeur. Enfin, en novembre 1934, c'est-à-dire cinq mois après son entrée, les idées délirantes de persécution et les troubles cénesthésiques semblent avoir disparu. En janvier 1935, elle se rend compte qu'elle a été malade parce qu'elle prenait trop de vin et de café. Sa sortie est alors demandée. A ce moment, l'état de cette malade se présente de la façon suivante : les troubles de la cénesthésie ont disparu, ainsi que les hallucinations visuelles. Elle n'exprime plus d'idées délirantes et se rend compte d'avoir été malade. Mais il persiste du ralentissement psychique avec seulement des réminiscences partielles et confuses de la période délirante et hallucinatoire. Les réflexes tendineux sont exagérés, la sensibilité cutanée diminuée. Le tremblement fibrillaire de la langue persiste, mais celui des mains est très amélioré.

Notre malade sort par amélioration le 23 janvier 1935.

NEURASTHÉNIE CONSTITUTIONNELLE et PSYCHASTHÉNIES RÉMITTENTES

La neurasthénie est un syndrome dont la définition dans les traités est, tout au moins en apparence, des plus discordantes.

Sous le nom de neurasthénie, Beard a décrit un état de dépression neuro-psychique auquel il attribue comme cause principale la vie déréglée de ses compatriotes américains. Son premier travail, publié dans le *Boston Medical and Surgical Journal* du 29 août 1869, passa presque complètement inaperçu. Son mémoire fondamental est d'ailleurs bien postérieur : lu devant l'Académie de Médecine de New-York, le 4 août 1878 ; il parut dans le *New-York Medical Journal* du mois de mars 1879. C'est celui qu'il a développé en 1880 dans son livre *Neurasthenia* (nervous exhaustion). Pour Beard, la neurasthénie est une maladie acquise, accidentelle, curable, due au surmenage physique, intellectuel, émotif. L'émotion qui détermine la neurasthénie n'est pas l'émotion-choc, qui déclenche la manifestation hystérique. C'est l'émotion continue, qui accompagne les incidents de la vie qui nous intéressent au plus haut degré, en un mot, ce sont les préoccupations morales qui captivent notre affectivité. Maladie

par épuisement, la neurasthénie de Beard est aussi le fait de la débilitation et de l'intoxication que déterminent les maladies infectieuses prolongées; elle apparaît en particulier au cours de toutes les convalescences. Cette neurasthénie est celle que certains auteurs désignent encore sous le nom de neurasthénie vraie. La neurasthénie vraie existe, mais c'est une maladie rare, dit Maurice de Fleury (1). Delmas (2) écrit de même : « Ainsi comprise, la neurasthénie, qui pour le public, sinon pour les médecins, engloberait la plupart des états psychopathiques, devient au contraire une affection aussi nettement limitée que rare. »

Peu à peu on reconnut que des états analogues apparaissent également chez des individus, qui ne se sont jamais surmenés, sous aucune forme. Depuis Charcot, les auteurs allemands comme les auteurs français distinguent une neurasthénie acquise déterminée avant tout par le surmenage et une neurasthénie constitutionnelle, héréditaire, congénitale, dans laquelle la disposition à l'épuisement est exagérée, morbide. Cette distinction est en partie fictive. Les défenseurs de la neurasthénie acquise admettent en effet l'existence d'une prédisposition latente. « Ne devient pas neurasthénique qui veut », était une formule qu'aimait à répéter Charcot. Et il enseignait que les sujets à hérédité nerveuse étaient plus que tous les autres prédisposés à l'état neurasthénique. Mais chez eux l'hérédité n'est

(1) M. DE FLEURY. — *Les états dépressifs et la neurasthénie* (Paris, F. Alcan, 1924).

(2) DELMAS. — *La pratique psychiatrique à l'usage des étudiants et des praticiens* : Laignel-Lavastine, Barbé et Delmas.

pas suffisante pour produire de toutes pièces l'état neurasthénique; il faut pour les faire trébucher un concours tout particulier de circonstances parmi lesquelles le surmenage physique et intellectuel, pris dans son acception la plus large, joue un rôle indispensable. Il en va tout autrement pour les neurasthéniques constitutionnels. Chez eux l'hérédité est toujours présente. Elle est la cause immédiate du mal; les ennuis, les chagrins, le surmenage, quand ils interviennent, ne jouent dans son éclosion qu'un rôle accessoire. Neurasthénie acquise et neurasthénie constitutionnelle se rapprochent par une symptomatologie dans l'ensemble identique. Les obsessions notamment peuvent survenir, à titre de complications, aussi bien quoique moins fréquemment, dans la neurasthénie acquise. C'est surtout par son évolution rémittente que la neurasthénie constitutionnelle diffère de la neurasthénie acquise, curable et généralement non récidivante.

Enfin à côté de la neurasthénie acquise et de la neurasthénie constitutionnelle on a décrit des états neurasthéniformes symptomatiques qui se rencontrent notamment dans le tabès, au début de la paralysie générale, au début de la démence précoce, dans l'artériosclérose, etc.

Nous ne nous occuperons dans ce chapitre que de la forme la plus commune, la neurasthénie constitutionnelle, nous réservant de parler de la neurasthénie acquise dans le chapitre suivant, à propos des obsessions dites accidentelles. Lorsqu'elle s'accompagne d'obsessions, la neurasthénie constitutionnelle correspond à

la psychasthénie de P. Janet. Cette dernière, dit M. Régis, ne constitue pas une maladie à part et n'est autre chose que la variété psychique de la neurasthénie. La meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est que dans toute neurasthénie, si corporelle qu'elle paraisse, il y a un état mental dont les particularités, en y regardant de près, ne sont autre chose que le rudiment des symptômes psychiques plus caractérisés de la psychasthénie et que l'on considère à tort comme lui appartenant en propre. Dans l'une comme dans l'autre, à des différences de degré près, on trouve de l'adynamie psychique, de la tendance à l'inquiétude, à l'anxiété, au pessimisme, à la nosophobie, aux idées obsédantes, à la désagrégation de la personnalité. En un mot, dans la neurasthénie proprement dite, ce sont les symptômes physiques qui l'emportent, tandis que dans la psychasthénie ce sont les symptômes psychiques et parmi eux les obsessions qui prédominent.

M. Rogues de Fursac écrit de même : « En fait, il n'y a ni psychasthénie ni neurasthénie pures, mais une psychoneurasthénie qui est la synthèse des deux. »

Par contre, c'est, croyons-nous, par une extension abusive que certains auteurs confondent dans la même description la psychasthénie avec les obsessions développées sur le même terrain. Le groupe des obsédés et impulsifs se rattachant au précédent est, en effet, cliniquement bien caractérisé et parfois même étiologiquement distinct.

Les neurasthéniques constitutionnels souffrent depuis leur jeunesse, soit d'une façon continue, soit par périodes, de névralgies diverses et de troubles cénes-

thésiques résultant d'une prédominance de la vie végétative et d'une susceptibilité spéciale du système vago-sympathique.

Les algies sont des douleurs rarement aiguës, généralement sourdes, pénibles par leur continuité ou leur répétition plutôt que par leur violence, siégeant à la tête (céphalée en casque), aux membres, à la colonne vertébrale (plaque sacrée), à la poitrine, à l'abdomen, parfois dans les organes profonds (algies viscérales), fréquemment aux organes génitaux. Les algies s'accompagnent souvent d'une certaine hyperesthésie cutanée de la région correspondante.

Les troubles cénesthésiques sont des sensations bizarres, gênantes, parfois angoissantes que les malades expriment dans un langage imagé et peu clair en parlant de plénitude et de tension dans leur crâne, ou bien de ballotement ou de vide, de durcissement, de liquéfaction du cerveau, de serrement, de torsion, de grouillement dans différentes parties du corps, de craquements (principalement dans l'articulation temporo-maxillaire et la nuque), symptômes parfois objectivement constatables et en rapport avec l'arthritisme auquel Charcot faisait jouer un grand rôle dans la genèse de la neurasthénie.

Au point de vue des fonctions motrices, le symptôme le plus important est l'amyosthénie ou sensation de fatigue, de lassitude, de faiblesse musculaire, d'impuissance; beaucoup plus subjective que réelle, car, si l'on mesure au dynamomètre l'effort musculaire dont le sujet est capable, on voit qu'il est appréciable et parfois de très peu inférieur à la normale. Mais on cons-

tate un épuisement rapide de l'effort par prompt accentuation du sentiment de fatigue. On rencontre parfois des tremblements fibrillaires ou myoclonies.

Un symptôme très fréquent est l'insomnie. Cette dernière traduit et entretient la neurasthénie en augmentant l'épuisement nerveux et, si elle existe, l'intoxication. Particulièrement pénible, la privation de sommeil accentue notamment l'asthénie psychique et le pessimisme.

A l'insomnie s'ajoutent d'autres troubles fonctionnels : la dyspepsie, l'atonie gastro-intestinale, parfois remplacée par des spasmes gastriques et intestinaux, la constipation atonique ou spasmodique qui se complique fréquemment d'entérite muco-membraneuse, l'hypotension vasculaire, parfois des palpitations, des troubles vaso-moteurs et sécrétoires; sueurs abondantes localisées surtout à la paume des mains et à la tête, le ralentissement de la respiration, la dépression sexuelle.

Au point de vue cérébral, la dépression organique se traduit par des troubles affectifs et intellectuels. Les premiers consistent dans la tristesse, le sentiment d'impuissance, le pessimisme, l'ennui, le *tædium vitæ* pouvant conduire au suicide, l'inquiétude, dont l'intensité variable permet de distinguer une neurasthénie dépressive et une neurasthénie anxieuse, l'irritabilité d'humeur, d'où le nom de faiblesse irritable donné à la neurasthénie.

L'asthénie psychique se manifeste par la fatigabilité et la fatigue intellectuelle s'ajoutant à la fatigue physique; l'affaiblissement des perceptions sensoriel-

les; la diminution de l'attention volontaire et son intériorisation, cause de distraction et d'inintérêt; la dysmnésie, la déficience de l'imagination, atteinte surtout dans sa fonction créatrice; les troubles du jugement et du raisonnement, qui perdent de leur précision et de leur ampleur; le délire généralement absent n'intervient qu'à titre de complication; enfin et surtout les troubles volontaires; l'aboulie qui, pour M. Janet, a une importance supérieure à celle du trouble des idées et des émotions et qui explique l'apparition des obsessions chez les psychasthéniques.

Ceux-ci se plaignent tous d'être hésitants, irrésolus, timides et craintifs. Ils se sentent constamment dans un état d'infériorité psychologique. Ils s'exagèrent même cette infériorité et l'on peut se demander si elle existe réellement ou si elle n'est autre chose qu'une idée fixe d'humilité. Néanmoins l'infériorité de ces malades est réelle car, indépendamment de toute idée qu'ils peuvent en avoir, elle se manifeste dans l'action, dans les opérations intellectuelles, dans les émotions et dans la perception personnelle. M. Janet a décrit sous le nom de sentiment d'incomplétude la notion qu'ont les psychasthéniques de leur infériorité psychologique et il appelle perte de la fonction du réel la difficulté qu'éprouvent ces malades à saisir la réalité présente et à s'y adapter. M. Janet va plus loin encore et, au moyen de l'hypothèse de la tension psychologique, il explique tous les troubles de la psychasthénie. L'abaissement de cette tension n'est compatible qu'avec la production de phénomènes d'un niveau inférieur, c'est pour cela que la fonction du réel, la plus élevée dans

la hiérarchie psychologique, est la première atteinte chez les psychasthéniques, c'est aussi la raison pour laquelle les manifestations volontaires, intellectuelles et émotives ne se produisent chez ces malades que d'une manière incomplète et insuffisante.

La neurasthénie ne diffère de la psychasthénie à laquelle elle s'associe le plus souvent que par un appoint important de signes somatiques, tandis que la psychasthénie comporte généralement un syndrome obsessionnel.

Le psychasthénique, dit M. Lévy-Valensi, est un petit mélancolique obsédé.

Le neurasthénique, ajouterons-nous, est un petit mélancolique cénesthopathe.

La mélancolie est, en effet, assez voisine, quoi que l'on ait dit, de la neurasthénie, à laquelle elle s'associe sous forme de succession ou de coexistence.

M. Boissier (1), après avoir étudié comparative-ment l'étiologie, les phénomènes somatiques et les phénomènes psychiques de la neurasthénie et de la mélancolie dépressives, arrive à cette conclusion que la mélancolie n'est qu'une forme grave de la neurasthénie. M. Maurice de Fleury (2) a repris cette thèse et soutient à son tour que l'étude comparée de l'état mental des neurasthéniques et de celui des mélancoliques révèle de nombreuses analogies entre ces deux

(1) BOISSIER. — *La neurasthénie et la mélancolie dépressives considérées dans leurs rapports réciproques* (Thèse de Paris, 1894).

(2) M. DE FLEURY. — *Les grands symptômes neurasthéniques* (Paris, F. Alcan).

affections. M. Régis (1) déclare que le diagnostic de la mélancolie avec conscience avec la neurasthénie ou la psychasthénie est souvent fort difficile et il estime qu'il existe des intermédiaires, c'est-à-dire des neurasthénies mélancoliques ou des mélancolies neurasthéniques avec ou sans obsessions, dans lesquels le diagnostic est même à peu près impossible. Masselon (2), examinant si neurasthénie et mélancolie constituent un seul et même état morbide, écrit : « La clinique fournit un certain nombre de probabilités en faveur de cette hypothèse, et la majorité des traits qui caractérisent l'état neurasthénique se retrouve dans la mélancolie. Une seule chose les différencie ; la conscience de moins en moins grande que prend le mélancolique de son état mental comme tel et la relation qu'il établit entre une cause délirante imaginaire. Mais il peut fort bien n'y avoir là qu'une affaire de degré dans l'intensité du processus morbide, si semblable à lui-même, à tant d'autres égards dans les deux cas. » A cette question : la mélancolie et la psychasthénie doivent-elles être différenciées ? M. Lévy-Valensi (3) répond : « Nosologiquement, non ; pratiquement, si l'on veut. »

D'une façon générale, les signes de tristesse, de dépression sont moins accusés dans la neurasthénie ; en revanche, les crises anxieuses y sont plus nettes, plus paroxystiques, la conscience de l'état y est plus parfaite et les idées maladives y sont non seulement ap-

(1) REGIS. — *Précis de Psychiatrie* (4^e édition, 1909).

(2) MASSELON. — *La mélancolie* (Paris, Alcan, 1906).

(3) LÉVY-VALENSI. — *Précis de Psychiatrie* (J.-B. Baillière et Fils, Paris, 1926).

précieées comme telles, mais encore combattues sinon repoussées.

Enfin les signes physiques font souvent, mais non toujours, défaut dans la mélancolie. Chez le neurasthénique apparaissent plus souvent des préoccupations hypochondriaques, des appréhensions au sujet de sa santé, du fonctionnement de ses organes, appréhensions inspirées par les troubles cénesthésiques qu'il éprouve et renforcées par son état d'inquiétude. Ce que l'on appelait autrefois petite hypocondrie se rencontre particulièrement chez les neurasthéniques. Un type de ces petits hypochondriaques est l'homme aux petits papiers de Charcot, le cénesthopathe qui s'analyse et note tous ses malaises pour en faire part au médecin. Généralement le neurasthénique se présente tout seul au médecin, auquel il s'adresse pour demander de lui rendre son énergie, sa faculté de travail; de le débarrasser de sa fatigue, de ses idées tristes, de ses inquiétudes sur l'avenir de sa santé. Au contraire, il est rare que le mélancolique prenne lui-même l'initiative de la consultation médicale. Le plus souvent il est amené par sa famille, son époux ou ses enfants.

Mais ce sont là des différences d'ordre clinique plutôt que nosologique. Aussi concluons-nous en disant que :

Le neurasthénique constitutionnel est un déprimé chronique à paroxysmes mélancoliques. Le psychasthénique n'est à son tour qu'un neurasthénique constitutionnel à paroxysmes surtout obsédants.

Une fois constituée, la maladie a une marche es-

sentiellement rémittente; elle présente des périodes de calme et des accès plus ou moins rapprochés.

Les auteurs qui, comme MM. de Fleury et Delmas, tendent à réserver le nom de neurasthénique à un syndrome accidentel et acquis, font entrer la neurasthénie dite constitutionnelle dans la cyclothymie ou d'autres syndromes. C'est en raison de son évolution cyclique que nous lui avons consacré ce chapitre complété par les observations suivantes :

OBSERVATION IV

Mlle B... Blanche-Marie-Annette, entre à Maréville, le 18 juillet 1902, munie d'un certificat de transfert de l'Asile de Ville-Evrard, qui mentionne « un état de dégénérescence mentale avec impulsions au meurtre et au suicide ». Elle est alors âgée de 34 ans.

La grand'mère paternelle a présenté deux accès de mélancolie dont un à la ménopause. Elle n'a pas été internée, mais est morte démente. Elle a eu deux enfants, tous deux nerveux, irritables, scrupuleux, dont l'un, le père de notre malade, instituteur, mort à 66 ans, d'urémie.

La grand'mère maternelle est décédée d'une affection cancéreuse du sein; sa fille, la mère de notre malade, est morte jeune d'une pneumopathie aiguë; elle a eu six enfants, dont trois sont morts en bas-âge, notre malade dont la sœur aînée devait, vingt et un ans plus tard (en 1926), présenter aussi des troubles psychasthéniques. Un fils professeur (R. A. S.).

Mlle M... n'a pas eu de maladie de la première enfance. Elle fut toujours une enfant vive, emportée, susceptible

et très émotive. D'une intelligence ouverte, apprenant rapidement, elle passa avec succès ses brevets d'institutrice. Réglée à 14 ans, elle fait un premier épisode psychasthénique à l'occasion d'une période d'aménorrhée: elle devient sauvage, bizarre, accuse des scrupules religieux, puis présente des idées homicides s'accompagnant peu à peu de réactions anxieuses.

Notre malade demeure cependant chez son père jusqu'à l'âge de 21 ans, date à laquelle elle entre comme novice chez les Sœurs de Saint-Charles. Au bout de trois ans et demi, se manifestent chez Mlle M... des obsessions homicides assez violentes pour que, lasse de lutter, elle rentre dans sa famille. Ces phénomènes s'étant apaisés, elle retourne au couvent, mais à la suite d'une pleurésie avec albuminurie, qu'elle contracte vers cette époque, se produisent de nouveaux paroxysmes obsessionnels et notre malade quittant alors définitivement les ordres religieux, reste dans sa famille. Toujours tourmentée, elle se décide à aller consulter à Paris un médecin qui l'a fait entrer à Sainte-Anne, où elle reste six mois. Après une sortie d'une quinzaine de jours, elle entre à Ville-Evrard, d'où elle est transférée à Maréville le 18 juillet 1902.

A l'entrée, on se trouve en présence d'une malade présentant de nombreux stigmates physiques de dégénérescence; on note en effet : des oreilles sessiles, de l'asymétrie faciale ainsi qu'une voûte palatine ogivale. Au point de vue viscéral, le pouls habituellement régulier s'accélère à la moindre émotion, la constipation est habituelle, la langue saburrale. Mlle M... présente en outre tous les symptômes physiques de la psychasthénie. C'est ainsi qu'elle accuse des céphalées avec bouffées congestives de la face, des craquements dans la nuque, des vertiges, une

plaque lombo-sacrée douloureuse, d'autres troubles de la cénesthésie comme de l'anesthésie pharyngée, de l'ovarialgie, enfin des étouffements, des sensations bizarres de boule sur l'estomac.

L'intelligence est vive, il n'existe aucune confusion, la mémoire et les sentiments affectifs sont conservés. Notre malade a conscience de son état et se rend parfaitement compte d'une situation qui l'affecte vivement; loquace et confiante, elle raconte l'histoire de sa maladie avec une abondance de détails précis; elle se désole : honteuse de son état et des idées qui la poursuivent. C'est alors qu'elle insiste sur la marche périodique de cette affection : celle-ci présenterait des rémissions de longue durée et entrecoupées de paroxysmes morbides. Actuellement, et depuis près de huit mois, elle est en proie à des obsessions nombreuses : ce sont d'abord des obsessions homicides, de beaucoup prédominantes, qui tantôt s'imposent spontanément et sans motif apparent; tantôt sont provoquées par la vue d'un objet pouvant servir à leur exécution : couteau, bâton, hache. Le seul mot de hache même, glissé dans une conversation, provoque l'obsession. Enfin la vue des enfants, que la malade semble affectionner particulièrement ou celle d'un être cher, d'un parent, déclanche aussi l'obsession contre laquelle la malade lutte par la fuite. Ajoutons que, quoique jusqu'ici Mlle M... ne se soit livrée à aucun acte violent, les troubles réactionnels de ses obsessions sont très intenses et se manifestent par une angoisse suffocante, une céphalée atroce, du tremblement généralisé, des sueurs profuses, des palpitations; sa vue se trouble et il se produit une amblyopie passagère avec vertiges.

Les obsessions impulsives au suicide ne sont que la conséquence de la torture morale qu'imposent à la ma-

lade les obsessions homicides; elles suivent d'ordinaire les paroxysmes de ces dernières et la malade n'y a cependant jamais succombé.

Notre malade accuse aussi des préoccupations d'ordre religieux; quoique d'une piété exagérée, elle conserve des scrupules et n'a pas communiqué depuis trois ans. C'est que malgré des confessions fréquentes, elle ne se croit jamais en état de grâce et digne de s'approcher de la table sainte. Ce malaise va parfois jusqu'à constituer un véritable délire du toucher, Mlle M... n'osant porter la main sur certains objets sous prétexte qu'ils ont pu être consacrés au culte.

Jusqu'au 12 août 1905, c'est-à-dire pendant trois ans, se place une période d'internement pendant laquelle sur un fond de psychasthénie latent, se manifestent des périodes d'accalmie nombreuses. Au lieu de rester dans les coins, tête basse et solitaire, ou de chercher au contraire quelqu'un à qui confier sa peine, Mlle M... s'occupe régulièrement de travaux de lingerie. Cette amélioration très accusée par le travail, qui crée une dérivation à son état maladif, va même parfois jusqu'à la suspension des obsessions comme on le constate en décembre 1902. D'une façon générale, les troubles obsessionnels ayant tendance à s'améliorer, une sortie d'essai est tentée le 12 août 1905. Notre malade revient d'elle-même deux jours après, se faire interner. Elle est alors très anxieuse, la vue d'enfants, d'aiguilles, a déclenché une recrudescence des troubles mentaux. La malade se montre très difficile, susceptible, décourageant ses compagnes. Dès avril 1908, Mlle M... est de nouveau calme et s'occupe régulièrement avec docilité. Le milieu asilaire ayant une influence favorable sur elle, cette malade sort par amélioration le 22 août 1911 pour être dirigée sur un hospice.

Elle devait rentrer à l'Asile de Maréville quinze ans plus tard, le 2 août 1926. A la suite de deux tentatives de suicide successives, l'une le 1^{er} août au soir, marquée par l'ingestion de coquilles d'œufs et de débris d'émail. La seconde le 2 août au matin, au cours de laquelle Mlle M... avait avalé des morceaux de verre. La malade, lucide, bien orientée, loquace, entre dans de multiples détails au sujet des troubles qu'elle ressent. Elle accuse des céphalées non localisées, de la rachialgie, des vertiges, des troubles gastro-intestinaux, de la polakurie, des spasmes œsophagiens, des sensations de constriction thoracique, du tremblement; au point de vue psychique des obsessions homicides et suicides, M. le docteur Privat de Fortunié, dans le service duquel entre cette malade, rédige alors le certificat immédiat suivant : « Je soussigné, certifie que Mlle M... est atteinte de troubles neuro-psychiques à caractère dégénératif, se manifestant par un syndrome d'angoisse avec prédominance d'obsessions homicides et d'obsessions hypocondriaques, ces dernières entretenues par un état cénesthésique pénible et accompagnées d'impulsions au suicide; dépression habituelle, émotivité morbide, tendance à grossir les troubles pathologiques et à se complaire dans l'étalage de ses souffrances. »

Notre malade reste très anxieuse, jusqu'en décembre 1926. A ce moment, elle se trouve dans une phase d'accalmie relative. Les obsessions n'ont pas disparu, mais sont moins vives. Mlle M... s'occupe alors régulièrement; elle s'alimente bien, mais dort peu. Cette insomnie devait d'ailleurs ne jamais quitter notre malade. Les troubles psychasthéniques continuèrent à se manifester avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation (ces améliorations passagères restant bien en dessous de celles

constatées lors du premier internement), jusqu'en février 1933. Le 22 février 1933, en effet, Mlle M..., qui avait déjà présenté un petit ictus quelques mois auparavant, devait succomber à une récédive de ce mal.

OBSERVATION V

Mme F..., née D... Emilie, entre pour la première fois à l'Asile de Maréville le 9 mai 1933, avec un certificat à fin d'admission de M. le docteur Rouquier, signalant un état de dépression mélancolique avec anxiété. Elle est alors âgée de 31 ans.

Le grand-père paternel de cette malade est mort de tuberculose pulmonaire à 35 ans. Le père est alcoolique et violent. Un frère du père, c'est-à-dire un oncle de la malade, est mort interné à 40 ans, C'était un alcoolique, père de 5 enfants, dont un mourut tuberculeux à 23 ans. Mme F... est la sixième de 11 enfants, une de ses sœurs est morte à 7 mois et demi de méningite.

Notre malade n'a présenté aucune maladie dans l'enfance. Elle a été réglée prématurément; depuis, ses règles sont irrégulières, mais non douloureuses. Au moment de sa formation, elle a présenté de l'anémie à type chlorotique. Mariée en 1927, elle a eu deux enfants bien portants. Elle a toujours été d'un caractère triste, ombrageux, cherchant à s'isoler et très méfiante. Les troubles mentaux paraissent avoir débuté en 1928, lors de sa première grossesse : à ce moment elle était très fatiguée et se plaignait continuellement de céphalées. Elle quitte alors le petit emploi qu'elle avait aux hypothèques, puis, peu à peu, ne s'occupe même plus de son ménage. La fatigue de la seconde grossesse, accentuant encore l'état

dépressif de Mme F..., devait, après l'accouchement, amener toute une série de tentatives de suicide. On relève, en effet, deux tentatives en 1930, une en 1931, une en 1932 et deux en 1933, successivement la malade s'est jetée dans une rivière profonde (immersion), a absorbé une fiole de laudanum, a pris du gardénal, bu du pétrole, a essayé de s'asphyxier avec du gaz d'éclairage, enfin s'est jetée du haut d'une fenêtre et s'est fait une fracture du bassin et une du calcanéum. C'est cette dernière tentative par défénestration qui l'amène à Maréville. Aux dires de la famille, Mme F... prévient son entourage chaque fois qu'elle a l'intention d'attenter à sa vie, et s'arrange toujours pour que quelqu'un soit témoin de cet acte et puisse lui porter secours. Chaque fois aussi, au moment de passer à l'exécution, elle accuse une certaine hésitation. Nous aurons tout à l'heure à revenir sur ce fait.

A son entrée, c'est une malade déprimée, inquiète, réticente et gémissante; elle se plaint de son état et surtout de céphalées. L'interrogatoire la montre comme étant très aboulique : quand elle commence un tricot, elle le fait et le défait plusieurs fois sans jamais le terminer. Elle se désintéresse de son ménage et même de ses enfants; cependant elle les aime bien, mais n'a pas le courage de s'en occuper. Au point de vue affectif, c'est une instable qui, un jour, couvre de caresses et d'attentions son mari et qui, le lendemain, lui fait les pires méchancetés. On décèle d'ailleurs chez elle une vive tendance paranoïaque avec idées de jalousie vis-à-vis de son mari. Cette malade est présente, lucide, raisonnant bien, aussi se plaint-elle de son état. Elle avoue de plus avoir abusé des calmants et des hypnotiques dans le but de retrouver sa tranquillité. M. le docteur Privat de Fortunié, dans le service duquel entre cette malade, porte le diagnostic de dépression

mélancolique avec hyperémotivité, découragement, anxiété, idées délirantes de jalousie et réticence au sujet de ses préoccupations morbides. Le certificat de quinzaine la trouve dans le même état, et elle sort non guérie par amélioration, réclamée par son mari le 28 mai 1933.

Elle devait rentrer le 1^{er} août 1934, à la suite d'une nouvelle crise dépressive, la symptomatologie plus riche que lors du premier internement fait porter le diagnostic de psychasthénie. Depuis sa sortie, elle avait été sujette à des céphalées rebelles à tout traitement. Elle se sentait inférieure à sa tâche et n'arrivait pas à finir un travail commencé. Placée à la Maison de santé de Saint-Nicolas depuis un mois, à la suite d'une nouvelle tentative de suicide par le gaz d'éclairage, elle a demandé à revenir à Maréville parce qu'elle ne se trouvait pas suffisamment traitée. C'est d'ailleurs ce qu'elle exprime spontanément quand elle nous dit qu'elle n'est pas folle, mais qu'elle est entrée volontairement à l'Asile pour se reposer et y recevoir un traitement adéquat à son état. Elle se plaint de céphalées rebelles en casque, sans horaire fixe, mais prédominant surtout cependant après les repas. L'insomnie est habituelle et, quand le sommeil apparaît, il est court, entrecoupé de cauchemars dans lesquels des représentations mentales vives lui font voir, soit la noyade de son enfant, soit la mort accidentelle de son mari. Elle se réveille alors anxieuse et se met à pleurer. Signalons l'absence de tout trouble psychosensoriel. Ces derniers temps, elle était harassée de fatigue et se rendait compte que, toute à son mal, elle perdait peu à peu l'affection de son mari et demeurait inactive, inerte au milieu de son ménage à l'abandon. Elle sort le 30 septembre 1934, dans le même état qu'à l'entrée, réclamée par son mari.

Deux ans après, nous devons de nouveau la voir reve-

nir au service, où elle rentre le 2 août 1936. C'est que depuis trois semaines et sans aucun motif apparent notre malade est reprise par ses idées de suicide. M. le docteur Privat de Fortunié libelle alors le certificat suivant : « Je soussigné, certifie que Mme D... est atteinte de psychasthénie caractérisée par un état dépressif avec aboulie, obsessions impulsives au suicide. Conscience de son état morbide, mais léger fond paranoïaque. Réticence. » Mme F... se trouve à ce moment dans le même état que lors de son dernier internement. C'est une malade difficile, déprimée, mais très irritable. Elle se plaint de troubles cénesthésiques divers et pénibles : tantôt, dit-elle, le lit lui engourdit les jambes; elle argue alors des fractures consécutives à sa défénéstration pour appuyer sa demande à être levée, disant que la circulation se fait mal dans ses jambes quand elle est couchée. Nous la levons alors quelques heures en fauteuil dans l'infirmerie; à ce moment ce sont les céphalées qui réapparaissent avec tout un cortège de lamentations et même de récriminations. Comme, le 13 septembre 1936, elle essaye d'avaler du collodion pendant que l'infirmière a le dos tourné, nous sommes forcés de la tenir alitée, ce qui permet une surveillance plus aisée. Elle se plaint alors de douleurs très pénibles dans le bas-ventre. L'examen gynécologique, pratiqué par suite de la leucorrhée que présente cette malade, ne montre rien d'anormal du côté annexiel. On prescrit alors quelques injections vaginales désinfectantes et calmantes : la leucorrhée disparaît, mais les troubles cénesthésiques subsistent. Ceux-ci présentent une telle acuité, et la malade s'en plaignant constamment, nous employons, sans aucun succès d'ailleurs, le laudanum en applications externes. Cet état pénible se continue sans incident remarquable jusqu'au

1^{er} décembre 1936, date à laquelle notre malade avale un fragment de glace de poche. Nous profitons alors de la moindre résistance que présente cette malade, encore sous le coup de l'émotion, pour l'interroger sur le motif de cet acte. C'est alors que nous obtenons d'elle des renseignements des plus intéressants. Mme F... a profité de ce que la veilleuse était en train de changer une malade pour accomplir son acte; mais il était prémédité depuis longtemps. Notre malade possédait dans sa trousse de toilette une petite glace de poche ronde; chaque matin, d'ailleurs, une fois sa toilette terminée, la trousse était rangée par l'infirmière, hors de sa portée. Le 31 novembre, Mme F... s'arrangea pour rendre la trousse sans la glace. Elle n'avait aucune mauvaise intention, dit-elle, à ce moment, et n'avait pas gardé cette glace dans un but nettement prémédité. Mais, peu à peu, au cours de la journée, le fait de posséder cette glace lui suggéra l'idée de se suicider en avalant les morceaux. Elle lutta alors assez longtemps contre cette idée. A ce moment elle avait très mal à la tête, et, comme d'ailleurs nous avions pu le constater à la visite, était très congestionnée. Dans l'après-midi, elle cassa la glace sous ses draps, de façon à ce que personne ne la vît, puis cacha les morceaux sous son traversin. Elle n'était cependant pas encore décidée à se donner la mort, tout en éprouvant une certaine satisfaction d'être arrivée à posséder ces fragments de verre à l'insu de tout le monde, elle ressentait une vive angoisse en pensant qu'elle pouvait mourir en les avalant. Avec la nuit, la céphalée reprit de plus belle et l'angoisse ne fit que croître; c'est alors qu'elle appela la veilleuse avec l'intention de l'étrangler; mais, se reprenant à temps, elle ne fit que lui demander à boire. C'est alors qu'alarmée par cette obsession homicide, et sen-

tant qu'elle était, dit-elle, prête à faire du mal à la veilleuse, elle avala avec une gorgée d'eau, un petit fragment de verre. A ce moment, son état psychologique était assez complexe, car si elle voulait d'une part mettre fin à ses jours pour échapper à cette hantise homicide, d'autre part elle n'avait pas précisément envie de se tuer. C'est pourquoi, après avoir cependant avalé un fragment de verre insignifiant, elle avoua aussitôt son acte et réclama, d'une façon pressante, un médecin.

Cet incident, qui n'eut aucune conséquence fâcheuse, nous permit de confirmer cette déclaration faite par la famille déjà lors de son premier internement et que nous avons signalé plus haut : à savoir que, tout en ayant des impulsions au suicide, Mme F... s'arrangeait toujours pour leur donner satisfaction sans qu'elle fût réellement en danger; d'ailleurs, comme elle l'énonce elle-même, elle a peur de la mort. Malgré cet incident, et sur sa prière instante, elle fut retirée non guérie par sa famille et sortit le 27 décembre 1936.

Nous devons la voir rentrer moins de six mois plus tard, le 5 juin 1937. C'est que, après être restée environ trois semaines tranquille chez elle, elle s'était de nouveau livrée à toute une série de réactions dangereuses : elle avait fait une fugue une nuit en s'enfuyant par la fenêtre, puis était revenue d'elle-même devant sa porte attendant qu'on lui ouvre. Par plusieurs fois, elle avait tenté de mettre le feu chez elle, soit à son lit, soit à un coussin, une fois même elle voulait se carboniser et, dans ce but, avait mis le feu à la chemise qu'elle portait. De plus, elle avait successivement avalé par deux fois des morceaux de verre, une médaille, trois clefs de buffet : le tout dans l'espérance qu'on serait forcé de l'opérer et qu'elle en mourrait. Une tentative de suicide fut prémé-

ditée avec plus de persévérance : elle avait obtenu de sa mère que chaque soir elle lui donnât un comprimé de gardénal pour lutter contre son insomnie; elle parvint de la sorte à mettre de côté une trentaine de comprimés qu'elle prit en une fois. Enfin Mme F..., comme nous l'a raconté son mari, a aussi présenté ces temps derniers des impulsions homicides : elle avait menacé son mari, et, une fois même, avait pris un de ses enfants à la gorge. En plus de cette insomnie, notre malade avait été reprise de ses céphalées, celles-ci atteignaient toute la tête, sans localisation particulière, « c'était, dit-elle, comme si on me piquait avec une aiguille, je n'éprouvais pas de sensation de serremments, mais des élancements ». Les phénomènes d'angoisse qui la torturaient, s'accompagnaient de palpitations, de tremblements, de troubles vaso-moteurs. Elle avait parfois la représentation de ses obsessions et des cauchemars qui s'en inspiraient. Elle présentait des vertiges, ayant parfois l'impression que ses jambes se dérobaient sous elle. En dépit de son aboulie, son attention était conservée, mais elle présentait des troubles de la fonction mnésique; soit qu'elle ne se rappelât plus ce qu'elle avait fait, soit qu'elle oubliât les noms des personnes qu'elle connaissait. Elle était triste sans raison et avait perdu la joie de vivre. Une fois de plus elle devait nous rendre évidente l'étiologie de son affection en nous disant : « C'est le mal qui me fait faire tout cela, moi j'ai peur de la mort. »

En terminant, il ne nous paraît pas trop osé de dire que cette malade est de nouveau à l'Asile pour une période assez longue, bien que l'on constate actuellement chez elle une notable amélioration. Nous pouvons même ajouter qu'il nous semble que son état, depuis le moment où il s'est déclaré vers 1928 soit allé, au travers de ces rémittences successives, en s'aggravant de plus en plus.

OBSERVATION VI

Mme L..., née B..., entre dans le service le 9 juin 1937. Elle est alors âgée de 41 ans.

Les antécédents de cette malade n'offrent rien de particulier à relever. Il faut signaler cependant qu'elle a perdu un enfant de tétanie.

Mme L... a toujours été plus ou moins anxieuse. De tout temps, elle s'est montrée psychasthénique, c'est-à-dire indécise, préoccupée, obsédée et déséquilibrée de l'émotivité. Il y a douze ans, elle a déjà présenté un épisode dépressif avec paroxysmes anxieux. Mariée à 38 ans, elle a eu de cette union deux enfants dont le premier est décédé en bas-âge de tétanie. C'est depuis le choc émotif provoqué par la perte de cet enfant qu'a commencé l'état dépressif qui l'amène actuellement à l'Asile. Découragée, elle négligeait et même en était arrivée à abandonner complètement son travail. C'est alors qu'on la plaça sans résultat à l'Hôpital de Neufchâteau. Cette hospitalisation, pas plus qu'un traitement dirigé à domicile par un spécialiste n'arrivant à la faire sortir de cet état, son mari décide alors de la faire entrer au service ouvert de Sainte-Anne, le 14 avril 1937. A ce moment, elle présente un fond d'anxiété permanente sur lequel se développent par moments des paroxysmes. Elle va de l'un à l'autre, faisant le récit interminable de son état. Scrupuleuse, elle s'accuse d'avoir fait le malheur de son mari; elle n'était pas digne d'ailleurs, dit-elle, d'avoir la charge d'une famille. Elle se croit incurable, désire la mort; fatigable, elle n'arrive pas à s'occuper malgré toute sa bonne volonté. Quelques idées mystiques complètent ce tableau clinique : Mme L... se croit

punie par Dieu parce qu'elle n'a pas tout dit ce qu'elle aurait dû en confession.

Transférée à Maréville le 9 juin 1937, pour des raisons pécuniaires, nous sommes alors en présence d'une malade lucide, bien orientée dans le temps et dans l'espace et qui répond correctement à nos questions. L'état dépressif, se manifestant chez elle par des pleurs, des lamentations et des gémissements, s'accompagne d'anxiété diffuse, sans cause appréciable. Ajoutons qu'elle a perdu la joie de vivre et qu'elle présente un dégoût marqué de l'existence. Elle avoue de plus des obsessions au suicide motivées par les obsessions homicides qu'elle a pour son enfant. Mais l'aboulie qui caractérise son état l'a empêchée jusqu'à présent de mettre à exécution ses funestes projets. D'ailleurs elle ne peut rester seule et recherche la compagnie.

Cet état psychique s'accompagne d'insomnies, de céphalées rebelles en casque, de troubles cénesthésiques pénibles siégeant aux épaules, au cœur, à l'estomac. Ces sensations ne sont pas douloureuses comme elle le signale d'elle-même, mais gênantes : « C'est comme un poids de cent kilogs, ça m'étouffe », dit-elle.

M. le docteur Privat de Fortunié qui la reçoit rédige le certificat immédiat suivant, qui résume en faisant le point toute l'histoire de cette malade : « Je soussigné, certifie que la nommée B..., Lucie, femme L... est atteinte de psychasthénie qui s'est manifestée tout d'abord par un état dépressif habituel avec hyperémotivité, scrupules religieux, doutes et indécisions, s'est ensuite aggravée progressivement après ses deux accouchements : l'un en février 1935, l'autre en mars 1936, et revêt actuellement les caractères d'une psychose d'angoisse avec scrupules confinant à l'auto-accusation, pessimisme,

crainces d'incurabilité, découragement, dégoût de la vie, anxiété presque permanente après avoir été paroxystique, obsessions impulsives au suicide, phobie de l'homicide, le tout accompagné de fatigue physique, de céphalée occipito-cervicale, d'une sensation de poids sur la poitrine et dans le dos, d'étouffements, de vertiges, d'insomnie. Entérite muco-membraneuse ancienne. Entière conscience chez la malade de son état pathologique. Placement justifié. »

Le changement de milieu devait amener chez cette malade une amélioration passagère, de trois semaines environ, pendant laquelle Mme L..., plus calme, s'alimentait avec appétit et s'occupait d'une façon régulière. Mais la fatigabilité inhérente à sa maladie se manifestant à nouveau, elle dut cesser toute occupation. L'insomnie et les céphalées réapparurent alors avec tout le cortège des troubles cénesthésiques déjà signalés. Notre malade se sentait de nouveau triste et fatiguée au réveil. Aboulique, elle ne se serait même pas levée si on ne l'y avait obligée. Elle présentait à nouveau le désir de la mort, mais, ajoute-t-elle, si elle avait envie de mourir, c'était un simple désir, mais elle n'avait nullement l'idée de se tuer. On notait alors aussi chez elle quelques idées délirantes d'indignité parmi lesquelles Mme L... se reprochait de manquer de sentiment envers son mari.

Cette rechute ne devait pas durer et, petit à petit, notre malade s'apaisa. En même temps que s'atténuait l'asthénie chez elle, les préoccupations délirantes tendaient à s'estomper. Cette amélioration persistant et même s'accroissant, nous pouvons actuellement, à la date du 2 août 1937, envisager comme possible la sortie de Mme L... pour la fin du mois. Mais il est à prévoir aussi que cette

rémission sera suivie de nouveaux paroxysmes, car chez les malades de cette espèce, il s'agit d'un état chronique avec exacerbations plus ou moins fréquentes, et plus ou moins accusées.

Les OBSESSIONS dites ACCIDENTELLES et les IMPULSIONS PÉRIODIQUES

Il y a obsession toutes les fois qu'une idée, un mot, une image, un sentiment, s'impose à l'esprit indépendamment de la volonté, par le jeu spontané de l'automatisme cérébral (Arnaud) (1). A leur tour, les obsessions impulsives peuvent être définies : des désirs exagérés, inopportuns, absurdes, dangereux quelquefois, qui veulent être satisfaits malgré les représentations de l'intelligence (Dubuisson et Vigouroux) (2).

En ce qui concerne la délimitation et les rapports réciproques des obsessions et des impulsions en général, il y a lieu de remarquer que les premières ne sont pas toutes suivies d'impulsion, et, d'autre part, que les secondes ne sont pas toutes précédées d'obsession. Indépendamment de l'obsession impulsive, commune à ces deux modes d'activité cérébrale, on distingue dans le domaine de l'obsession : les craintes obsédantes, les phobies parfois désignées sous le nom d'obsessions inhibitrices, et les idées obsédantes représentant le pre-

(1) ARNAUD. — *In* Traité de Pathologie Mentale, publié sous la direction de G. BALLET (O. Doin, Paris, 1903).

(2) DUBUISSON et VIGOUROUX. — Responsabilité pénale et folie (F. Alcan, Paris, 1911).

mier degré des obsessions idéatives, dont l'obsession impulsive constitue la forme la plus accusée; dans le domaine de l'impulsion, on peut distinguer aussi : les impulsions motrices pures, à réflexe direct, sans aucune action inhibitoire, encore appelées impulsions automatiques et les impulsions psycho-motrices ou à réflexe retardé, avec intermédiaire idéo-émotif, mais sans action sérieuse d'inhibition. Le troisième terme de chaque groupe est représenté par les obsessions impulsives ou les impulsions psychiques à réflexe interrompu, dans lesquelles entre la stimulation et l'acte, qui n'est ni immédiat, ni même fatal, s'interpose un intermédiaire idéo-émotif long, compliqué, douloureux, accompagné d'une lutte d'inhibition souvent victorieuse. Ainsi toute obsession impulsive, constituée par des désirs tendant à leur réalisation, bien que mêlés de crainte et de répulsion, est à la fois impulsive et inhibitoire et c'est la lutte entre ces deux tendances qui constitue le paroxysme obsédant.

L'obsession impulsive comporte plusieurs éléments :

1° Un élément intellectuel : l'idée fixe pathologique, qui donne à l'obsession sa formule systématique et qui diffère de l'idée fixe de l'état normal par les caractères suivants; l'idée fixe de l'obsession est une idée parasite, automatique, discordante et dans une plus ou moins grande mesure irrésistible. Parasite, elle s'introduit spontanément dans le champ de la conscience, se révélant étrangère au cours normal des idées et parfois même en contradiction avec lui. Sans doute elle ne se produit pas sans causes, mais ces causes sont en

dehors de la conscience, elles résident dans les régions de l'inconscient où s'agitent ces tendances obscures qui, à notre insu, influencent si profondément notre vie psychique. L'idée obsédante, a-t-on dit depuis longtemps, naît de l'inconscient. Elle se rattache parfois à une impression vive ou plus tard à une reviviscence émotionnelle, par le fait de souvenirs apparus spontanément ou réveillés par des sensations, des lectures, des conversations. Automatique, elle provient non pas de la fixation de l'attention volontaire, mais d'un développement exagéré de l'attention spontanée involontaire. Discordante, elle se présente dans ses conséquences comme inutile ou nuisible, tant par rapport à l'individu que par rapport à la société. Irrésistible, elle s'impose à l'esprit en dépit de tous les efforts contraires du malade. C'est sa violence et la réaction qu'elle provoque, qui différencie l'idée obsédante de l'obsession proprement dite. Enfin, et c'est là un de ses caractères les plus importants, l'idée obsédante diffère de l'idée délirante par ce fait qu'elle est consciente, c'est-à-dire que le malade la juge déraisonnable et pathologique, alors même qu'il s'y soumet entièrement. Arndt et Morselli considèrent cependant l'obsession comme une paranoïa rudimentaire, c'est-à-dire comme dérivant d'un trouble intellectuel primitif. Pour Magnan et Legrain (1), le fait le plus saillant est toujours le phénomène intellectuel, les symptômes émotionnels n'étant qu'un état réactionnel et secondaire.

(1) MAGNAN et LEGRAIN. — Les dégénérés (collection Charcot-Debove, 1895).

2° Un élément émotif très important et considéré même par de nombreux auteurs, comme primordial dans la genèse de l'obsession. Morel(1), en 1866, comprend les obsessions et les impulsions conscientes dans son délire émotif. Berger (2), en 1878, regarde de même l'obsession comme une névrose émotionnelle. Freud (3) et Hecker attachent une telle importance à l'émotion dans l'obsession qu'ils n'hésitent pas à faire de celle-ci une névrose spéciale, la névrose d'angoisse. Seglas (4) aboutit pareillement aux conclusions suivantes : l'obsession repose toujours sur un fond d'émotivité pathologique; son début et même la variété de l'idée obsédante se rattache souvent à une émotion quelconque; cette idée s'accompagne de troubles émotionnels, enfin, en supposant, et c'est là le point principal de la controverse, que ces derniers ne lui soient pas toujours secondaires, il est bien certain qu'ils sont du moins toujours exaspérés de son fait. Pitre et Régis (5) n'hésitent pas à considérer l'émotion comme l'élément primitif et fondamental de l'obses-

(1) MOREL. — Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. (*Arch. Gén. de Méd.*, 1866, 6^e série, tome VII).

(2) BERGER. — *Arch. F. Psych.* (1878),

(3) FREUD. — La prédisposition à la névrose obsessionnelle. Trad. franç. Pichonnet Hoesly (*Rev. Franç. de Psych.*, t. III, n^o 3).

(4) SEGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales (Paris, 1895).

(5) PITRES et REGIS. — Sémiologie des obsessions et idées fixes (Rapporteur au Congrès de Moscou, 1897).

sion. Enfin Dupré (1) considère l'obsession comme la manifestation psychique la plus caractéristique de sa constitution émotive. La marche de l'obsession par accès, par crises plus ou moins violentes séparées par des périodes de calme à peu près complet, accuse la prépondérance du facteur émotif, l'idée ne présentant pas de semblables variations.

Le fond d'émotivité pathologique sur lequel se développe l'obsession, atteint son maximum au cours du paroxysme obsédant qui s'accompagne des signes physiques de l'anxiété : troubles vaso-moteurs, accélération du pouls, palpitations, douleurs précordiales, oppression, serremments à la gorge, éblouissements, bourdonnements d'oreilles, battements des tempes, céphalée, tremblement, transpiration. Notons encore le soulagement, consécutif à ce paroxysme terminé soit par l'exécution de l'acte, soit par la résistance efficace à l'obsession. Cette dernière peut à la longue conduire au suicide alors même que les malades n'ont pas d'obsession suicide, mais parce qu'ils ne voient pas d'autre moyen pour se débarrasser des tortures de l'obsession que de se donner la mort. Dans ce cas, c'est logiquement et par suite d'un raisonnement qu'ils mettent fin à leurs jours (Seglas).

3° Un élément aboulique, le plus important pour Arnaud, qui considère l'obsession comme une maladie de la volonté. Billod (2) classait de même l'obsession

(1) DUPRÉ. — La Constitution émotive (*Paris Méd.*, mai 1910).

(2) BILLOD. — Maladies de la volonté (*Annales Méd. Psych.*, 1847, tome X).

parmi les lésions de la volonté. Comme le dit M. Seglas, l'idée obsédante arrive à s'imposer à la conscience, à l'envahir par une sorte d'effraction de la volonté. Mais cette effraction ne peut se produire, et surtout ne peut durer, que si la volonté est affaiblie et son contrôle gravement compromis. La plupart des obsédés sont en effet des abouliques. Hyperémotivité et faiblesse de la volonté paraissent les deux éléments primitifs de l'obsession. L'élément intellectuel intervenant, son développement est favorisé par l'émotivité du sujet, néanmoins, il y a révolte de la volonté contre l'idée parasite et un effort plus ou moins grand de sa part pour la repousser. Il y a donc dans toute obsession un conflit de deux forces opposées, une lutte. Malheureusement, comme le dit M. Régis, le plus clair de cette lutte c'est de concentrer davantage l'attention sur l'idée à chasser, par suite, de la rendre plus vive et plus nette, d'où accroissement de l'anxiété ou plutôt addition à l'anxiété primitive, origine même de l'obsession, d'une anxiété secondaire ou concomitante, résultant d'un conflit douloureux, de la volonté contre cette idée. M. Régis a particulièrement insisté sur une variété d'obsessions qu'il appelle abouliques et qui se traduisent par l'impossibilité angoissante d'accomplir un acte quelconque mais, ici encore, il s'agit surtout d'une inhibition émotive.

L'obsession s'accompagne d'une altération de la personnalité dont le malade a conscience. Il reconnaît en lui deux moi : l'un anormal et déraisonnable se préoccupant automatiquement d'idées étrangères; l'autre, sain et raisonnable, s'efforçant de lutter incessamment

contre les entraînements inconsidérés du premier. C'est ce qu'exprimait un malade de M. Seglas en ces termes : « Je me fais l'effet d'être double, je me sens comme deux pensées se combattant : une qui est bien la mienne, qui cherche à raisonner, mais sans succès ; une autre qui me serait en quelque sorte imposée et que je subis toujours. Dans tout cela, je finis par ne plus me reconnaître, mes idées s'embrouillent et je ne puis démêler le vrai du faux. » Ainsi, pour M. Seglas, l'obsession n'est qu'un état particulier de la désagrégation psychologique, une sorte de dédoublement de la conscience qui n'assimile pas à la notion de la personnalité les phénomènes obsédants. Ces troubles de la conscience personnelle, ajoute M. Seglas, peuvent être plus étendus, à tel point que le malade arrive à méconnaître sa propre personnalité, à perdre la notion des faits réels, par exemple à s'affirmer coupable en prenant ses doutes pour la réalité.

Le même auteur a montré que l'obsession peut dans certains cas s'accompagner d'hallucinations. Le plus souvent, dit M. Régis, elles consistent dans la matérialisation de l'obsession, la transformation de l'idée émotive en sensation extériorisée, en un mot dans la production d'une idée-image. D'où le nom d'hallucinations représentatives, que nous avons donné, d'après l'expression même d'un de nos malades à ces hallucinations qui rentrent dans la catégorie de la pseudo-hallucination de Kandinsky (hallucinations psychiques). Ces hallucinations ou pseudo-hallucinations s'observent surtout dans les obsessions phobiques et peuvent chez certains sujets contribuer pour beaucoup

à l'existence d'un état de dépersonnalisation et de possession (Raymond et Janet) (1). Ces hallucinations représentatives peuvent, dans certains cas, se rapporter non plus à la sensibilité spéciale, mais à la sensibilité générale (Seglas).

Dans quelques rares cas, les obsessions peuvent se compliquer de délire de persécution ou de délire mélancolique anxieux (J. Falret) (2). Les obsédés deviennent parfois aussi des hypochondriaques délirants (Seglas).

On distingue généralement deux catégories d'obsessions : la forme constitutionnelle et la forme accidentelle ou acquise. Entre les deux, il est d'ailleurs possible de rencontrer tous les intermédiaires.

Dans la forme constitutionnelle, le début est souvent insidieux, se mêlant à l'histoire du développement psychique anormal, caractérisé par un manque d'équilibre entre les facultés. Les sujets sont des abouliques, des émotifs, des impressionnables, présentant en somme des stigmates de la neurasthénie constitutionnelle. Le début des troubles est d'ailleurs parfois plus rapide et marqué par une phase, cependant de durée assez courte, où apparaissent les signes d'un état neurasthénique : céphalée en casque, douleurs dans les membres, amyosthénie, troubles dyspeptiques et vaso-moteurs, anxiété, palpitations, troubles des fonctions génitales, du sommeil (Seglas). Souvent c'est à la puberté,

(1) RAYMOND et JANET. .. *Névroses et idées fixes* (t. II, Paris. Alcan, 1898).

(2) J. FALRET. — Les obsessions intellectuelles, émotives et instinctives (Congrès international de 1889).

quelquefois même avant, qu'apparaissent les premières manifestations pathologiques (scrupules, terreurs, impulsions) qui sont la forme rudimentaire de l'obsession. Celle-ci se présente en général sous une forme rémittente comprenant des symptômes paroxystiques et des symptômes interparoxystiques, ces derniers caractéristiques de l'état neurasthénique. On a observé parfois une périodicité régulière dans les accès. La rémittence est toujours suffisamment accusée pour justifier les appellations de syndromes épisodiques ou stigmates psychiques des dégénérés employées par M. Magnan.

Dans la forme accidentelle des obsessions, en plus des causes héréditaires, fœtales ou infantiles, nous voyons intervenir d'autres facteurs étiologiques ayant tous un même caractère, c'est d'être débilitants, de déterminer un état de fatigue, d'épuisement du système nerveux. Les émotions dépressives intenses ou persistantes, les travaux intellectuels prolongés, les longues veilles, les excès sexuels, les traumatismes, les maladies qui entraînent des troubles de la nutrition générale, les hémorragies abondantes, les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, grippe) et aussi la puerpéralité peuvent provoquer l'apparition de l'obsession. Ce sont là tous les facteurs que l'on retrouve dans l'étiologie de la neurasthénie acquise et aussi de la mélancolie, facteurs qui, dans le dernier cas, s'ajoutent à la constitution cyclothymique. D'après Morselli (1), dans

(1) MORSELLI, — Manuale di semeiotica delle Malattie mentali (1885).

la forme acquise l'idée obsédante n'aurait pas le caractère épisodique, mais serait constamment uniforme. Le terme obsession signifiant étymologiquement siège (obsidio) dans le cas particulier le syndrome se réduirait à un siège sans assaut. Les paroxysmes sont en tout cas moins fréquents et moins intenses. Le pronostic également diffère, tandis que la forme constitutionnelle de l'obsession ne guérit jamais, la forme accidentelle peut guérir. Comme le dit, en termes excellents, M. Seglas, la curabilité de la maladie dépend surtout de l'état morbide sur lequel est venue se greffer l'obsession. Or, cet état morbide peut être aussi bien la mélancolie véritable que la neurasthénie, affections dont on connaît les liens d'étroite parenté, toutes deux reconnaissant les mêmes causes occasionnelles, présentant de nombreux symptômes communs, à cette différence près qu'il y a prédominance des symptômes psychiques dans la mélancolie et prédominance des symptômes physiques dans la neurasthénie, toutes deux enfin évoluant fréquemment vers la guérison.

Il y a longtemps que G. Ballet (1) a montré l'obsession en tant que véritable équivalent de la crise mélancolique. Comme nous l'avons indiqué précédemment, la mélancolie peut se développer chez des malades atteints déjà d'obsessions. M. Seglas mentionne le cas suivant : une de ses malades, atteinte de folie du doute depuis plusieurs années, se trouve assez incommodée de ses obsessions presque constantes pour ne

(1) G. BALLET. — Cité par Levy-Valensi : Précis de Psychiatrie.

plus s'occuper de son ménage, ni de ses enfants. Déjà neurasthénique, elle s'inquiète de cela, se voit désormais incapable de rendre les services que l'on est en droit d'attendre d'elle, et finalement tombe dans un véritable état mélancolique avec des idées de ruine, d'auto-accusation, etc. Dans une autre observation de M. Seglas, on voit se développer chez un obsédé un accès mélancolique, s'accompagnant d'un délire dans lequel figurent des idées obsédantes antérieures, mais maintenant à titre d'idées délirantes vraiment mélancoliques.

Ailleurs, inversement c'est l'état mélancolique qui est primitif et l'obsession secondaire. Voici ce qu'écrit M. Delmas (1) à cet égard : « La mélancolie est d'autant plus difficile à distinguer de la psychose obsessionnelle qu'elle s'accompagne fréquemment d'états obsédants, parfois d'obsessions vraies. Cette association fréquente a amené certains auteurs à considérer les obsessions et la mélancolie comme des syndromes d'une même affection : la psychose périodique. Cette association s'explique vraisemblablement par l'existence chez un même sujet à la fois de la constitution cyclothymique (prédisposition aux accès mélancoliques) et de la constitution émotive (prédisposition aux obsessions). »

Pour plus de précision, disons que la forme de mélancolie qui le plus souvent s'accompagne d'idées obsédantes ou l'obsessions est la forme dépressive, non

(1) DELMAS. — La Pratique psychiatrique, par MM. Laignel-Lavastine, Barbé et Delmas.

délirante. Les obsessions les plus fréquentes en pareil cas sont les scrupules conduisant aux idées de culpabilité et les obsessions impulsives au suicide. M. Seglas a depuis longtemps insisté sur les conditions dans lesquelles se suicident les mélancoliques. Alors que tous ou presque tous, dit-il, manifestent des idées de suicide souvent très développées, le nombre est relativement faible de ceux qui arrivent à mettre un terme à leur existence. Bien que la plupart ruminent très longtemps leurs projets de suicide, par suite de l'aboulie inhérente à leur état, ils sont généralement incapables de déployer l'énergie nécessaire, de faire un effort sérieux pour se tuer. Lorsque leurs tentatives aboutissent, ce n'est que lorsqu'elles se produisent inopinément, sous le coup d'un raptus anxieux, de terreurs panophobiques, par le fait d'une impulsion subite. Par contre, on voit beaucoup plus souvent le suicide se produire chez les petits mélancoliques simplement déprimés, obsédés et impulsifs. D'autre part, l'obsession impulsive à l'homicide, très rare à l'état isolé à tel point que certains auteurs ont pu mettre en doute son existence, se rencontre fréquemment associée à l'obsession impulsive au suicide, qui dans ce cas se trouve renforcée par la première, les malades se reprochant cette tentation qui leur fait horreur et vient augmenter leur état dépressif. Il en est ainsi chez les malades des observations IV, V, VI.

Dans l'observation qui suit, il s'agit d'une malade récemment accouchée, chez laquelle un état dépressif accompagné d'obsessions impulsives au suicide sont apparus brusquement à la suite d'un choc émotionnel

violent (suicide de sa sœur) et après avoir persisté pendant cinq ans ont disparu non moins rapidement au cours d'une atteinte grippale légère. Cette malade chez laquelle faisaient défaut les signes physiques caractéristiques de la neurasthénie présentait par contre très nettement ces phénomènes d'anesthésie morale absents dans la neurasthénie et caractéristiques de la mélancolie. Dans le cas particulier, comme la malade l'explique elle-même, l'impression profonde produite par le suicide de sa sœur a déterminé chez elle avec un état dépressif l'idée d'une prédestination au même sort, conviction qui s'est transformée en obsession impulsive. Depuis longtemps en effet on a remarqué que dans certaines familles le suicide se manifestait dans plusieurs générations successives et chez plusieurs de leurs membres parfois exactement au même âge et dans les mêmes conditions. Bien souvent, et c'est ici le cas, à l'action prépondérante de l'hérédité s'ajoute l'obsession qui hante les sujets qu'une fatalité inéluctable pèse sur eux et que, quoi qu'ils fassent, ils doivent finir par le suicide; c'est là évidemment ce qui achève de les entraîner. Contrairement à sa sœur, notre malade ne présentait pas d'obsessions impulsives à l'homicide. Tout au plus existait-il une légère hantise de cette idée, une vague crainte à ce sujet. A noter qu'après disparition complète des obsessions impulsives au suicide pendant huit ans, la même personne a éprouvé dernièrement, et cette fois sans cause physique ni morale, l'impression d'être prise de la même maladie; ces prodromes alarmants, qui n'ont pas abouti véritablement à une rechute, démontrent bien cependant la nature cyclique de la maladie.

OBSERVATION VII

Mme G..., née B..., entre à l'Asile de Maréville le 17 septembre 1927.

Elle est alors âgée de 32 ans. Comme cet internement marque la fin d'une longue évolution, nous prendrons l'histoire de cette malade depuis le début de ses troubles psychopathiques, c'est-à-dire bien avant son internement. Pour cela nous ferons de larges emprunts à une autobiographie de la malade que notre Maître, M. le docteur Privat de Fortunié, a eu l'obligeance de bien vouloir nous communiquer.

Antécédents héréditaires : Le père de notre malade, quatrième de six enfants, est décédé à 73 ans. Il était hospitalisé depuis deux ans pour un léger affaiblissement intellectuel sans délire. C'était un homme intempérant et grand buveur d'absinthe. Quatre ou cinq ans avant sa mort, il s'est mis à présenter des attaques épileptiformes. Celles-ci se sont répétées de plus en plus fréquemment, passant progressivement d'une par mois environ à deux par semaine.

Un de ses frères, oncle de la malade, est mort subitement.

Un de ses neveux aussi, fils d'une de ses sœurs, est mort brusquement dans la rue à 55 ans, d'une attaque foudroyante.

Quant à la mère de Mme G..., troisième de six enfants, elle est morte à 62 ans de congestion cérébrale après trois jours de coma. Elle avait présenté des accidents éclamptiques alors qu'elle était enceinte de notre malade. Depuis sa ménopause, de plus, elle faisait tous les deux ou trois mois une crise d'épilepsie.

Antécédents collatéraux : Le ménage eut douze enfants (notre malade étant la onzième), parmi lesquels on relève :

Un frère de la malade intempérant, instable et fantasque.

3 frères morts en bas-âge de méningite : un à 18 mois, un autre entre 1 et 2 ans, le dernier vers 3 ans.

Une sœur s'est suicidée à 36 ans. C'était une femme scrupuleuse, qui jeûnait et s'imposait des privations. Souvent triste, et de plus légèrement paranoïaque, croyant être trompée par son mari. Elle présentait des obsessions homicides contre ce dernier et demandait alors à être attachée. Elle avait passé deux mois à Sainte-Anne, au début de l'année 1923. Transférée de là dans une maison de santé, elle en était sortie pour Noël 1923. C'est le 3 février 1924, que, profitant d'une absence de son mari, elle se pendit à la poignée d'une espagnolette.

Vers la même époque, plus exactement le 6 février 1924, Mme G... sort de la clinique Tarnier où elle avait mis au monde sa seconde fillette. Elle est alors heureuse de rentrer chez elle, de retrouver sa première fille et ses habitudes. Aussi reprend-elle gaîment sa vie coutumière.

Quelque chose cependant tourmente notre malade. Elle est inquiète de sa sœur qu'elle sait malade et dont elle n'a pas de nouvelles : « J'aime beaucoup ma sœur, écrit-elle, et de savoir qu'elle souffre m'enlève une partie de ma joie. » Elle interroge alors son mari qui élude ses questions. Déjà angoissée, elle se rend, sur les conseils de son mari, chez les beaux-parents de sa sœur, qui habitent près de chez elle, et là elle apprend la triste nouvelle. Celle-ci la paralyse et s'empare de toutes ses facultés avec la force d'une idée obsédante; c'est ainsi qu'elle écrit : « Au fur et à mesure que cette idée pénètre dans

mon cerveau : Jeanne est morte et de plus elle s'est pendue; c'est comme si toutes les autres idées étaient balayées et qu'il n'y ait plus de place que pour celle-là. » La nuit qui suit se passe dans une insomnie complète, et, le lendemain, elle se trouve en proie à une profonde douleur morale : « Hier encore j'étais gaie, je chantais, écrit-elle, aujourd'hui, c'est fini, jamais je ne pourrai plus rire. » Bientôt l'idée obsédante du suicide s'établit en elle et Mme G..., donne spontanément un processus explicatif de cette contagion de suicide qui en fait au point de vue familial un véritable fléau : sa sœur avait beaucoup de cœur et de volonté, elle était très croyante, même scrupuleuse : « Puisque la maladie a réussi à anéantir tout cela et qu'elle en a été réduite à un geste pareil, je suis fatalement obligée, écrit-elle, moi, beaucoup moins douée qu'elle, à subir la même loi. »

Au point de vue physique, Mme G... n'a pas pu continuer à allaiter son enfant; le lait lui faisant défaut. Elle maigrit rapidement; cet amaigrissement devait aller assez rapidement à une perte de poids de 14 kgs.

Pendant les mois qui suivent, de mars à juillet 1927, une idée obsédante occupe seule et torture notre malade. Elle sent qu'elle est destinée à mourir et qu'elle-même doit se donner la mort. A part cela, rien ne compte pour Mme G... Mélancolique, elle en a le ralentissement psychique : les sensations extérieures arrivent difficilement à son cerveau; ceci entraînant une inertie motrice qu'elle constate par le mal infini qu'elle a à faire les choses les plus simples. Elle a l'impression qu'un voile gris s'est interposé entre son cerveau et le monde extérieur.

Juillet 1924 est marqué par la concrétisation de ses impulsions au suicide : « A la fin d'une journée d'obsession complète », elle prend le revolver de son mari avec

l'intention d'en finir, mais la complexité du mécanisme l'en empêche. Elle essaye alors de dissiper cette obsession par la lecture, mais cet appui moral lui fait défaut : elle ne voit, en effet, que des caractères d'imprimerie qui dansent devant ses yeux, et le sens des mots lui échappe. Une autre fois, alors qu'elle est à sa fenêtre du troisième étage, rapide comme l'éclair, elle a le désir de sauter dans le vide; la présence de sa fille cependant l'en empêche.

Arrivent août et septembre 1924. Le changement de milieu amène une amélioration de son état obsessionnel. Les idées de suicide disparaissent, mais elle n'en conserve pas moins sa douleur morale et son désintérêt vital : tout lui semble dénué d'intérêt et de joie. L'hiver 1924 qui se passe sans incident voit persister cette amélioration et la disparition des idées de suicide.

Les obsessions réapparaissent cependant avec le printemps 1925. Mme G... lutte alors, ne voulant pas mourir : « Tout ce que la réclame moderne offre pour la neurasthénie, je l'essaie », dit-elle. Ces médications restent sans action. La méthode Coué, par contre, semble lui procurer un mieux sensible. Elle part en vacances en août et septembre 1925. Ses préoccupations ont alors entièrement disparu et même elle se croit guérie. Sur ces entrefaites elle rentre à Paris. Nous pouvons ici mettre en évidence le caractère intermittent, le début sans cause apparente de ses obsessions. « Tout d'un coup, écrit-elle, et sans que j'y comprenne rien, c'est une descente vertigineuse et cette fois tout au fond; c'est une angoisse de tous les instants, on dirait que quelque chose me serre à la gorge. » Mme G... est de nouveau reprise par ses idées obsédantes de suicide. Elle y résiste jusqu'au 6 octobre 1925, date à laquelle son mari rentrant de son travail la

trouve avec le tuyau de caoutchouc du gaz d'éclairage dans la bouche. Notons qu'avant cette tentative, elle avait bien eu soin de porter à l'opposé de l'appartement le berceau de sa fillette, ne voulant à aucun prix lui faire du mal. Transportée d'urgence à l'hôpital Beaujon, elle y reste trois jours, puis va se reposer chez des parents à Mattaincourt. Ce changement de milieu n'amenant aucune amélioration, on la place alors à l'hospice de Mattaincourt dans un but de surveillance. Elle en sort à Pâques 1926, nullement améliorée; au contraire, des impulsions homicides s'emparent d'elle qui écrit à ce moment : « J'ai peur de réaliser l'idée de faire du mal à mes enfants, idée qui sommeille au fond de moi. » Les mois suivants se passent dans un état de véritable prostration. Mme G... ne parle presque plus et seulement pour répondre. Ce ralentissement psychique s'accompagne d'inaffectivité et de désintérêt vital : notre malade se désintéresse de ses enfants qui l'énervent et la fatiguent : « Elles me sont complètement indifférentes, dit-elle, en parlant de ses deux fillettes, j'essaie de les caresser, de les embrasser comme autrefois, mais en moi, rien ne vibre. » Des idées d'indignité viennent compléter ce tableau clinique et aggraver la douleur morale de notre malade : elle a l'impression de n'avoir plus rien de bon en elle. De nombreuses tentatives de suicide sont alors faites par Mme G... vers cette époque : elle avale successivement du vernis, du pétrole Hahn, de l'eau de cuivre, du vert-de-gris, des plantes réputées vénéneuses et des champignons. « Un jour, écrit-elle, j'ai eu également la tentation de me jeter sous le train. Au bout du jardin se trouvait la ligne de chemin de fer. Tous les jours, à quinze heures, deux trains se croisaient. Toujours avec ma petite fille qui ne voulait pas me quitter,

je suis partie en me cachant un peu avant quinze heures. C'était l'heure du sommeil de ma fillette. Je l'endormis comme d'habitude et, lorsqu'au loin j'entendis le bruit du convoi, je la posai délicatement à l'ombre d'un buisson. Si doucement que je m'y sois prise, l'enfant s'est réveillée. Sa petite main s'accroche à la mienne. Le train passe. Je suis sauvée. » Nous voyons bien ici le caractère pénible des obsessions de Mme G... qui fait que cette malade, lasse de lutter, s'abandonne irrésistiblement et d'après un plan préparé à la satisfaction de son idée délirante, tandis que toute son animalité refoulée s'épanouit devant l'incident fortuit rendant l'acte irréalisable.

En janvier 1927, un choc émotif devait amener une nouvelle amélioration dans l'état de notre malade. A l'occasion du jour de l'an, sa fille aînée lui récite un compliment appris à l'école, Mme G... se sent émue et se met à pleurer comme ça ne lui était pas arrivé depuis longtemps. Les mois suivants, cette amélioration persiste : notre malade s'intéresse de nouveau à ses enfants et redevient coquette pour eux.

Cette amélioration ne devait être que de courte durée. Elle cache cependant à son mari ce que ce mieux factice lui coûte d'efforts et décide de nouveau de se donner la mort. Son mari devant venir aux vacances, elle attendra jusque-là, sera gentille avec lui pour qu'il garde d'elle un bon souvenir; puis, après son départ, seulement, mettra son projet à exécution. Dans ce but, comme on la laisse sortir toute seule à ce moment, elle se procure 16 cachets de véronal et une petite boîte de sel d'oseille. C'est à la suite de cette nouvelle tentative qu'elle est internée à Maréville.

Elle y entre le 17 septembre 1927, dans un état semi-comateux. M. le docteur Privat de Fortunié, qui la voit

à la quinzaine, la trouve « atteinte de troubles psychopathiques, caractérisés par un état dépressif ancien avec idées obsédantes de suicide ». Le milieu asilaire a une influence favorable sur notre malade qui est bientôt moins anxieuse et se trouve moins malheureuse que dans sa famille. « La vie s'écoule ici, écrit-elle, régulière avec des habitudes qui empêchent le cerveau de travailler et qui, à la longue l'apaisent ». Les obsessions au suicide subsistent cependant comme par le passé, mais elles sont moins angoissantes, la malade n'ayant rien pour les satisfaire : « J'aurais à ma disposition quelque chose pour me faire du mal, écrit-elle à ce moment, je l'emploierais; mais comme je n'ai rien, je me calme forcément. »

Un an après son entrée, ses idées de suicide sont beaucoup moins obsédantes, mais son découragement et son pessimisme ne sont pas moindres. En juillet 1928, elle écrit à son frère : « Je ne pense pas à moi, ma vie est finie, j'en ai la certitude », puis, songeant à la nécessité de sa présence auprès de ses enfants, elle ajoute : « Lorsque j'envisage ce retour, j'ai comme une sorte d'épouvante à la pensée de subir cette angoisse constante qui a été ma vie les derniers mois avant mon internement ici, malgré l'affection et la sollicitude de mon mari. »

Un événement fortuit devait, en février 1929, amener subitement une transformation totale dans l'état mental de la malade. A ce moment, en effet, Mme G... contracte une forte grippe qui la tient une dizaine de jours au lit. La convalescence de cette affection marque chez notre malade la réapparition des sentiments affectifs et la disparition de l'anesthésie morale et de l'inertie. Voici d'ailleurs comment elle rend compte de cette transformation dans son autobiographie : « Petit à petit, j'ai l'impression que je ne suis plus la même. Il y a bien un an que

je n'ai pleuré. Maintenant, si je lis une belle page, ou si quelqu'un me dit une parole affectueuse, je me sens émue et je pleure. Le souvenir de mes enfants et de mon mari s'impose à mon esprit et ne le quitte plus. Je ne pense qu'à ma vie d'autrefois, et aux moyens de la reprendre le plus vite possible. Malgré cela, je ne peux pas pousser trop loin mes souvenirs. J'ai l'impression que mon cerveau est une machine extrêmement délicate, qu'un rouage bloqué depuis longtemps s'est remis en marche, entraînant tous les autres, mais qu'il ne faudrait presque rien pour tout démolir à nouveau. Les jours suivants, cette impression s'atténue pour définitivement disparaître, et avec elle tous les vilains fantômes qui pendant cinq longues années ont empoisonné ma vie et celle des miens. Je suis quelques jours encore d'une sensibilité excessive, je sens en moi un bonheur presque trop grand, puis, petit à petit, je redeviens plus calme, plus posée, plus équilibrée. »

Se sentant alors maîtresse d'elle-même, Mme G... écrit à son mari pour qu'il la fasse sortir. Celui-ci demande des nouvelles de sa femme, et M. le docteur Privat de Fortunié lui répond en date du 19 mars 1929 : « Un grand changement s'est produit ces derniers temps dans l'attitude de Mme G... Elle présente un fonctionnement plus actif des facultés, paraît avoir retrouvé la joie de vivre et manifeste dans l'avenir une confiance peut-être exagérée. Les conséquences d'une sortie avant guérison ou en imminence de rechute seraient si graves qu'il convient de s'entourer de toutes les garanties possibles. Pénétré de cette idée, et d'autre part estimant que la crainte d'un aléa possible, mais non fatal, ne doit pas faire prolonger un internement définitivement, je suis d'abord partisan de maintenir Mme G... en observation pour s'assu-

rer de la réalité de la guérison et de sa stabilité. Je vous conseille, d'autre part, de venir voir Mme G., le plus tôt possible, pour ne pas la décourager, et de me signaler si vous trouvez votre femme dans le même état qu'avant sa maladie. »

Le mari accepte alors de venir voir la malade, mais se montre dans sa réponse plus que sceptique sur la possibilité d'une guérison chez sa femme. Le 22 avril 1929, cependant, sa sortie était demandée et Mme G... sortait par guérison le 27 avril 1929.

Nous devions rester sans nouvelle de cette malade pendant plus de huit ans : lorsque le 12 mars 1937, Mme G..., qui jusque-là avait repris une vie entièrement normale, écrit à notre Maître pour lui faire part de ses inquiétudes au sujet de sa santé : « Depuis huit ans, dit-elle, que j'ai quitté Maréville, je me suis bien portée. Mais depuis cet hiver, sans avoir rien dit à personne, j'ai l'impression qu'à nouveau je vais retomber sous l'emprise de cette terrible maladie, qui m'a tenue éloignée si longtemps de mon foyer. J'ai deux jeunes filles de 16 et 13 ans et mon mari qui a toujours été parfait pour moi. Tous les trois ont bien besoin de moi. Je me demande avec frayeur s'il faudra de nouveau abandonner ceux que j'aime pour me soigner ou me résigner à mener une vie diminuée et sans attrait. » Suit une demande de conseils.

Le 1^{er} juin, Mme G... écrit à nouveau pour signaler qu'elle s'est ressaisie et qu'elle est aujourd'hui aussi bien portante que possible. Et elle ajoute : « Cette défaillance qui m'a si effrayée cet hiver n'a été motivée par rien de sérieux. J'ai eu la même vie tranquille, sans soucis d'aucune sorte. Le physique non plus n'était pas malade. Mais je ressentais cependant chaque matin aussitôt mon ré-

veil un sourd mal de tête qui s'accroissait à l'heure des repas et disparaissait un peu en fin de journée. Cette sorte de dépression nerveuse n'allait pas jusqu'aux idées de suicide, mais je me sentais insensiblement y glisser; la vie m'apparaissait peu intéressante, je me sentais amoindrie dans mon jugement et aucune distraction ne me semblait souhaitable; mon intérieur, pour lequel, quoique très simple, j'ai cependant un grand amour, n'avait plus d'attrait pour moi. Je me sentais une étrangère dans ma propre maison. »

Cette description, qui correspond à un état de dépression simple, légère et de courte durée, montre bien dans le cas particulier, l'existence d'un fond cyclothymique.

Contrairement à la précédente, la malade de l'observation qui suit présente des idées délirantes mélancoliques caractérisées et des obsessions impulsives à l'homicide s'ajoutant aux impulsions suicides. D'autre part, la durée de l'accès est beaucoup plus courte.

OBSERVATION VIII

Mme V..., née O..., entre à l'Asile le 10 juin 1926. Elle est alors âgée de 36 ans.

Le mari affirme l'absence d'antécédents héréditaires névropathiques et psychopathiques. La malade a un frère et une sœur bien portants. Elle a eu trois enfants; tandis que les deux derniers ont une croissance normale, le premier est mort à trois semaines athrepsique.

Mme V... est entrée à l'Asile à la suite d'une impulsion homicide mélancolique sur le dernier de ses enfants. Estimant que son mari et ses enfants auraient plus

d'avantages à être morts que vivants, elle manifestait très fréquemment le désir de mettre ses enfants à mort. C'est ainsi que récemment elle avait rudoyé son garçonnet qui s'était enfui : elle voulait l'étrangler, et son plaisir aurait été de le voir mort.

En réalité, il y a déjà, au moment de son entrée, près de quatre ans que le caractère de notre malade accuse un changement : elle est nerveuse, travaille mal, se trouve déprimée. Depuis un an environ, de plus, sont apparues des idées délirantes mélancoliques : Mme V... s'accuse de crimes imaginaires et refuse de s'alimenter.

À l'entrée, c'est une malade lucide, présente et bien orientée, mais son faciès est triste. Les facultés intellectuelles sont conservées, mais la malade présente de la bradypsychie : si la mémoire est conservée, l'évocation ne se fait que lentement; il en est de même pour l'association des idées, qui demande un certain temps. Les réponses, de plus, se font toutes sur le même ton monotone. Mme V... présente en effet des idées délirantes de la série mélancolique; en particulier des idées de culpabilité et d'auto-accusation : elle a laissé mourir sa belle-mère, faute de soins; elle ne s'occupe plus de ses enfants, ni de son ménage; mais, se lamente-t-elle, « c'est plus fort qu'elle, sa destinée lui défend de travailler et la force à garder le lit ». Dans le même ordre d'idées, notre malade accuse aussi de l'anesthésie morale : elle se dit incapable d'aimer ses enfants et s'en désole. Mme V..., au point de vue physique, est porteuse de lésions de bacillose pulmonaire évolutive, à prédominance gauche; cet état s'accompagne de préoccupations hypocondriaques.

M. le docteur Privat de Fortunié, dans le service duquel entre cette malade, rédige alors le certificat sui-

vant : « Mme V... est atteinte de dépression mélancolique, avec préoccupations hypocondriaques, sentiment d'incapacité, phobies, notamment crainte d'avoir contracté la tuberculose en buvant du lait de vache, idées délirantes de culpabilité (se reproche de ne pas soigner ses enfants, de ne pas s'occuper de son ménage, d'être la cause de la mort de sa belle-mère), tristesse, découragement, désir de la mort pour elle, pour ses enfants et son mari, refus partiel d'alimentation, idées de suicide et d'homicide pour éviter des malheurs à sa famille. »

La quinzaine la trouve sans changement. Cependant, dès le 1^{er} juillet 1926, notre malade calme et docile s'occupe régulièrement, mais parle peu. L'état physique s'améliore aussi, mais elle conserve toujours un fond de tristesse et s'irrite facilement. Cette amélioration se poursuit progressivement jusqu'à la mi-août. A ce moment, Mme V... est moins émotive, et, si elle reste peu communicative, elle n'en répond pas moins aisément aux questions qui lui sont posées. Cet état reste ensuite stationnaire, et comme en septembre on estime qu'elle n'est plus susceptible de s'améliorer, Mme V... sort le 23 septembre 1926 par amélioration sur la demande de son mari.

Nous venons de voir qu'au point de vue étiologique on distingue deux groupes d'obsessions impulsives : les obsessions constitutionnelles qui surviennent chez les grands dégénérés et que M. Magnan considère comme les stigmates psychiques de la dégénérescence, d'autre part les obsessions accidentelles qui reconnaissent des causes occasionnelles d'ordre moral ou physique s'ajoutant à un élément constitutionnel cyclothymique. Au point de vue évolutif, les premières se mani-

festent de bonne heure, le plus souvent, dès la puberté, revêtant une marche chronique, subcontinue, rémittente, ce sont des syndromes épisodiques. Les secondes apparaissent en général plus tardivement et se manifestent par des accès séparés par de longues périodes d'état normal, ce sont véritablement des psychoses intermittentes.

Les obsessions impulsives au suicide et à l'homicide peuvent notamment se présenter sous ce dernier aspect. Il en est de même pour la dipsomanie que Kraft-Ebing range dans le cadre de la folie périodique sous le nom d'ivrognerie périodique. Trelat (1) avait dit précédemment : « Les ivrognes sont des gens qui s'enivrent quand ils trouvent l'occasion de boire. Les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. » La dipsomanie présente les plus étroites relations avec la psychose mania-co-dépressive et avec l'épilepsie qui est également une affection intermittente.

Elle peut se manifester dans la phase prodromique de la paralysie générale où elle apparaît comme un symptôme de l'exaltation de l'organisme qui marque le début de cette maladie. De même ce besoin dynamique d'agir qui pousse les sujets au début de l'accès maniaque se traduit fréquemment par des impulsions à boire. M. Legrain a particulièrement attiré l'attention sur une catégorie de buveurs intermittents qui sont en réalité des maniaques intermittents.

Comme syndrome autonome, la dipsomanie a pour

(1) TRELAT. — De la folie lucide (Paris, 1861).

caractère principal de se traduire par des accès essentiellement intermittents et paroxystiques, précédés de prodromes d'ordre intellectuel et moral tel que sentiment vague de tristesse, dépression, découragement, dégoût du travail, idées noires, crainte d'un malheur prochain, modification des sentiments affectifs, anesthésie morale; puis d'ordre physique : anorexie, anxiété précordiale, serrement de l'épigastre, brûlure de l'estomac, ardeur au gosier, soif intense. Pendant l'accès, tendance irrésistible à boire faisant que les malades ne reculent devant aucun expédient, même les plus honteux, pour se procurer de la boisson. Avant de céder à ce funeste penchant, lutte contre la tentation par divers procédés, notamment en souillant la boisson pour s'en dégoûter. Puis, quand il finit par succomber, le dipsomane généralement se cache et s'isole pour boire. Après l'accès subsiste un malaise général qui s'atténue peu à peu et les malades, reprenant leurs habitudes de sobriété, regrettent les abus auxquels ils se sont momentanément livrés.

Les caractères de l'accès dipsomaniaque rappellent singulièrement ceux d'un accès maniaco-dépressif. La répétition des accès et l'adjonction d'autres impulsions et surtout celle du suicide complètent l'analogie. Cette idée de suicide naît du désespoir et de la honte que les dipsomanes éprouvent d'être retombés dans leurs excès dont ils rougissent. Souvent les impulsions au suicide ou à l'homicide sont antérieures au premier accès dipsomaniaque qui peut d'autre part être précédé à long intervalle d'une phase mélancolique. Ce qui existe pour les boissons alcoolisées au point de

vue de l'entraînement irrésistible peut exister également pour tous les poisons artificiels. C'est ainsi que Christian (1) a décrit une éthéromanie périodique; de même Leroy et Antheaume (2) signalent une morphinomanie périodique.

D'autres impulsions peuvent revêtir aussi le type périodique. Thivet et Ballet signalent les aliénés migrants circulaires. Antheaume (3) constate la fréquence des crises ambulatoires au début des accès maniaques des psychoses périodiques. Krafft-Ebing mentionne la psychopathie sexuelle périodique. Pilcz indique la pyromanie et la kleptomanie périodiques. Souvent l'acte criminel porte en lui la marque morbide : incendie sans motif, pas d'acte de vengeance, par exemple malade incendiant sa propre ferme sans être assuré, ou bien les objets volés sont jetés au loin aussitôt après le délit, souvent ils n'ont presque aucune valeur, les ressources financières du malade lui permettraient d'en acheter cent fois autant. Chez la femme le plus souvent ces impulsions prennent le type strictement mensuel.

Il ressort, croyons-nous, de cet exposé, que les obsessions dites accidentelles, présentent dans leur ensemble une étroite parenté avec la mélancolie intermittente. Les obsessions impulsives au suicide et à l'homicide notamment peuvent constituer la manifestation la plus saillante d'un état dépressif dont elles empruntent l'étiolo-

(1) CHRISTIAN. — Cité par Pilcz.

(2) ANTHEAUME et LEROY. — Un cas de dipsomanie morphinique (*Revue de Psychiatrie*, 1899, p. 339).

(3) ANTHEAUME. — Les psychoses périodiques (Rapport au Congrès de Genève, Lausanne, août 1907).

logie et le pronostic, c'est-à-dire, qu'après guérison de l'accès, elles peuvent ne reparaître qu'au bout d'un très long espace de temps ou même faire défaut si le nouvel accès est suffisamment atténué. De même la dispo- manie, qui peut se manifester au début d'un accès ma- niaque ou alterner avec la mélancolie, se rattache à une psychose ou à une névrose périodique : folie inter- mittente (Magnan), épilepsie (Kraepelin). D'autres im- pulsions : les fugues, la pyromanie, la kleptomanie peu- vent revêtir aussi le type périodique.

LES BOUFFÉES DÉLIRANTES

C'est sous ce nom et celui de délires d'emblée que Magnan (1) a décrit des troubles psychopathiques développés sur le terrain de la dégénérescence mentale et caractérisés par la soudaineté de leur début, leur absence d'évolution, leur curabilité fréquente et rapide. Avant d'aller plus loin, il est à remarquer que ces deux expressions : bouffées délirantes et délires d'emblée, ne sont pas absolument synonymes. Un des points les plus controversés est en effet le mode de terminaison des délires d'emblée ; leur curabilité dans tous les cas n'étant pas unanimement admise. D'autre part, toutes les bouffées délirantes ne surviennent pas d'emblée au cours d'un état normal ; certaines se développent secondairement sur un état psychopathique préexistant maniaco-dépressif ou paranoïaque.

A l'étranger les mêmes troubles reçurent le nom de paranoïs aiguë. C'est ainsi notamment que Westphal, Schoefer, Schuele, Kirchoff, Ziehen, Mendel, Del Greco, Grimaldi, etc., décomposent la paranoïa en forme chronique comprenant à la fois les délires hallucinatoires progressifs, les délires d'interprétation et de revendication, et en forme aiguë correspondant aux déli-

(1) MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales (1882-1891).

res d'emblée de Magnan. Cette conception est acceptée en France par M. Seglas qui, le 7 mai 1894, consacre une de ses leçons cliniques à la paranoïa aiguë, dont il discute les relations avec la confusion mentale.

Dans la sixième édition de sa psychiatrie (1899), Kraepelin remanie complètement sa classification des maladies mentales et notamment modifie sa conception des psychoses paranoïaques en accordant à l'évolution des divers délires, à la présence ou à l'absence de troubles sensoriels une importance capitale. Il réserve le nom de paranoïa aux seules psychoses à base d'interprétations délirantes, éliminant ainsi la plus grande partie des délires systématisés, c'est-à-dire les formes hallucinatoires qu'il rattache à une des formes de la démence précoce, la forme paranoïde, en raison de l'affaiblissement intellectuel par lequel ces psychoses se terminent après un laps de temps variable. La paranoïa aiguë ne figure pas dans sa classification, et les états auxquels d'autres auteurs appliquent cette dénomination sont pour la plupart rattachés à la folie maniaque dépressive, en raison des phénomènes d'excitation ou de dépression qui les accompagnent et de leur curabilité fréquente.

Cette diversité d'opinions au sujet des délires d'emblée s'explique parfaitement si l'on considère qu'il s'agit en réalité de psychoses associées comprenant à la fois un élément paranoïaque et un élément maniaco-dépressif, ce dernier rendant compte de leur intermittence.

Pour la description de ces états, nous suivrons, en la résumant, celle donnée par M. Arnaud dans le trai-

té de Pathologie mentale publié sous la direction de G. Ballet.

D'une façon générale, on désigne sous les noms de *paranoïa aiguë*, de *bouffées délirantes* ou de *délires d'emblée* des états délirants caractérisés par un développement brusque, par des troubles intellectuels primitifs (idées délirantes avec ou sans hallucinations), par une réaction émotionnelle (excitation ou dépression), enfin par un état de confusion mentale plus ou moins profonde et surtout fréquente au début de la maladie. Ce qui achève de différencier ces formes délirantes, c'est leur marche rapide, le défaut d'évolution véritable et leur guérison fréquente.

Comme dans toutes les psychoses constitutionnelles, l'hérédité exerce une influence plus ou moins profonde sur le développement de ces délires. Dans certains cas l'influence héréditaire est intense et précoce, les sujets ont présenté de tout temps les caractères des états héréditaires ou dégénératifs (déséquilibre mental, bizarreries, obsessions, impulsions, etc.). Il suffit alors de la cause occasionnelle la plus légère pour déterminer l'explosion délirante : une émotion quelconque, le retour des règles, une intoxication minime, une fatigue qui, chez d'autres sujets, ne laisserait aucune trace. Parfois même, on ne peut retrouver aucune cause déterminante appréciable, c'est le cas pour les véritables délires d'emblée.

Le début est toujours marqué par un besoin de mouvement, par une agitation plus ou moins vive, même quand le délire est à base mélancolique et dépressive.

La nature des conceptions délirantes est très varia-

ble. Le plus souvent il s'agit d'idées de persécution, quelquefois isolées, mais habituellement compliquées d'idées de grandeur. Les idées mystiques, les idées érotiques, les auto-accusations, les préoccupations hypocondriaques sont également très fréquentes.

Il peut se faire que le délire soit réduit à une seule idée, ou, du moins, qu'une idée joue le rôle essentiel tout en s'accompagnant d'idées accessoires, secondaires. C'est ce que l'on observe parfois chez les sujets à prédisposition très marquée, chez lesquels apparaissent brusquement, pour disparaître aussi très vite, des bouffées délirantes sous forme d'idées de grandeur ou de persécution, ou d'auto-accusation, soit encore d'idées érotico-mystiques ou hypocondriaques.

Mais ce n'est pas le cas habituel et d'ordinaire le délire d'emblée comprend un certain nombre d'idées délirantes de formule différente. Précisément, parce qu'elles se développent rapidement, sans être préparées par une incubation suffisante, elles ne sont pas rigoureusement coordonnées, elles ne présentent qu'une systématisation faible ou nulle. Par exemple les idées de grandeur peuvent, comme dans les délires chroniques, apparaître à la suite des idées de persécution, mais il est tout aussi fréquent de les voir se développer les premières. Toutes ces idées dépourvues de racines profondes, d'attaches lointaines avec la personnalité du sujet se modifient parfois très brusquement, se succèdent et se remplacent sans ordre déterminé : « Tel malade qui était hier ambitieux, est aujourd'hui persécuté, dans quelques jours il sera hypocondriaque (Magnan). » Ces délires essentiellement

polymorphes sont de plus mobiles, protéïformes. Le polymorphisme et la mobilité sont les deux traits caractéristiques des délires d'emblée.

Mais ceux-ci peuvent présenter de nombreuses modalités soit, nous le répétons, en ce qui concerne la prédominance de tel ou tel symptôme, soit au point de vue des conditions de développement du délire. Aussi nous distinguerons des variétés symptomatiques et des variétés évolutives que nous étudierons successivement.

Dans le premier groupe nous signalerons tout d'abord les cas où un élément maniaco-dépressif, mais le plus souvent maniaque apparaît le premier et domine la scène. On en trouve de nombreux exemples dans la thèse de M. Legrain (1), notamment les observations XVI, XX, XXI, XXII, XXIII, XXVI. Il s'agit en somme de manie délirante à début brusque, à évolution rapide vers la guérison, souvent à répétition.

Dans d'autres circonstances, dès le début du délire d'emblée, ou en cours d'évolution, les malades se présentent surtout comme des confus. Les relations que présente la paranoïa aiguë avec les états de confusion mentale ont donné lieu à de nombreuses controverses. Tandis que Werner (2) sépare complètement ces deux états, Kirchoff, Ziehen, etc., montrent la fréquence du syndrome confusion dans la forme hallucinatoire de la paranoïa aiguë, soit au début comme phénomène primitif, soit au cours de l'affection et à titre de

(1) LEGRAIN. — Du délire chez les dégénérés (Thèse de Paris, 1886).

(2) WERNER. — Die paranoïa (Stuttgart, 1891).

complication secondaire. Chaslin (1) englobe les différentes formes de ces délires dans sa confusion mentale primitive. Seglas se rallie à l'opinion de Kirchoff et de Ziehen quant aux rapports de la paranoïa aiguë avec la confusion mentale. Pour lui, les faits réunis sous le nom de paranoïa aiguë appartiennent à trois catégories principales : les uns sont complètement étrangers à la confusion mentale primitive; les autres se rattachent à cette dernière affection; d'autres enfin, distincts des deux formes précédentes, seraient des cas « de délire hallucinatoire avec confusion mentale secondaire. » Le fait certain c'est qu'il existe des bouffées confusionnelles avec agitation et onirisme, à début brusque et à évolution rapide vers la guérison, comme nous en rapporterons un exemple dans le chapitre suivant consacré à la confusion mentale périodique.

En plus des hallucinations il existe généralement dans le délire polymorphe un très grand nombre d'interprétations délirantes. Mais quand les hallucinations font défaut, le délire d'emblée ne se distingue du délire d'interprétation essentiel que par un début plus brusque, un défaut plus ou moins marqué de systématisation, une terminaison rapide. « Ces formes, disent MM. Sérieux et Capgras (2) ont été longtemps décrites à l'étranger et en France par M. Seglas, sous le nom de paranoïa simple aiguë. Nous avons signalé en 1902 l'existence de psychoses aiguës à base d'interpré-

(1) CHASLIN. — La confusion mentale primitive (Asselin et Houzeau, Paris, 1895).

(2) SÉRIEUX et CAPGRAS. — Diagnostic du délire d'interprétation (*Revue de Psychiatrie*, janvier 1908).

tations relevant de la folie périodique des dégénérés. Ces cas ont été de nouveau étudiés par Rosenfeld; en raison de son importance, nous résumerons son travail. Il existe, dit-il, un groupe de faits dans lesquels le symptôme délire d'interprétation apparaît d'une façon aiguë au cours d'un état en apparence normal; il domine presque exclusivement le tableau clinique : l'observation ultérieure montre que ce trouble disparaît ensuite complètement sans laisser de déficit psychique permanent. Le classement de ces cas, dans lesquels les interprétations délirantes, parfois très abondantes, constituent le symptôme prédominant unique, est possible en tenant compte de l'évolution et de quelques symptômes concomitants en apparence accessoires. La plupart des auteurs parlent à leur sujet de paranoïa abortive, périodique aiguë, en s'appuyant sur ce fait que ces malades ne présentent aucune modification de l'humeur soit maniaque, soit dépressive. Pour Kraepelin, on peut démontrer qu'ils relèvent de la psychose maniaque dépressive; Rosenfeld défend cette dernière opinion et soutient que, le plus souvent, on peut mettre en évidence, non sans difficulté, les signes qui la justifient, et particulièrement des symptômes de dépression : dissimulation du délire ou confidences seulement à un intime, pas de tendance quérulante, idées d'infériorité, découragement, reproches, scrupules, arrêt de la pensée, impossibilité de fixer l'attention, incapacité de travailler. Dans certains cas, au contraire, on observe une humeur maniaque. »

Ailleurs, ce sont les processus imaginatifs qui occupent la première place dans le tableau clinique. Dugré

et Logre (1) ont fait connaître les délires imaginatifs aigus qui, disent-ils, forment une partie de ces bouffées délirantes que Magnan et ses élèves ont décrites chez les dégénérés. « Les caractères de ces délires imaginatifs aigus sont la soudaineté et parfois la brusquerie du début, et, dans certains cas, l'instantanéité de l'édification du thème vésanique : le fonds d'excitation et de désordre psychiques sur lequel apparaît le délire; l'absurdité souvent extrême des conceptions morbides. Il résulte de ces caractères que le délirant imaginatif aigu présente parfois un état d'éréthisme et de désarroi intellectuels analogue à celui de certains maniaques et de certains confus. Il est souvent, d'ailleurs, difficile de fixer la part qui revient à l'élément maniaque ou confusionnel, dans le complexe morbide; car l'excitation maniaque et la confusion mentale peuvent être invoquées, soit à titre d'élément causal, soit à titre d'élément associé. » Dupré et Marmier (2), Seglas et Logre (3), Dupré, Terrien et Le Savoureux (4) ont rapporté différentes observations de ces délires imaginatifs aigus évoluant par bouffée. Sous le nom de délire d'imagination à éclipse, Dupré et Marmier ont rapporté la curieuse observation d'un

(1) DUPRÉ et LOGRE. — Les délires d'imagination (Congrès de Bruxelles-Liège, 1910. *L'Encéphale*, mars à mai 1911).

(2) DUPRÉ et MARMIER. — Délire d'imagination à éclipse (Congrès international de psychiatrie de Gand, 1913).

(3) SEGLAS et LOGRE. — Délire imaginatif de grandeur avec appoint interprétatif (*Encéphale*, janvier 1912).

(4) DUPRÉ, TERRIEN et LE SAVOUREUX. — Délire d'imagination en bouffée (Congrès des aliénistes et neurologistes du Puy, août 1913).

homme de cinquante ans ayant présenté des idées d'invention à l'âge de dix-huit ans, et chez lequel sont apparues par la suite une série de bouffées délirantes imaginatives caractérisées par de nouvelles idées d'invention, par la conviction d'avoir été décoré, d'être gratifié d'une somme importante, ces divers épisodes étant séparés par des phases de lucidité.

La plupart de ces délires interprétatifs ou imaginatifs aigus sont constitués par une seule catégorie d'idées délirantes : idées de persécution dans le premier cas, idées de grandeur dans le second.

L'érotisme est fréquent dans les délires polymorphes. Les polymorphes, dit M. de Clérembault (1) présentent de véritables diminutifs de l'érotomanie, des érotomanies sommaires. De même on observe des cas d'érotomanie semi-obsessionnelle chez des obsédés cyclothymiques (de Clérembault). D'autre part on peut observer des délires érotomaniaques transitoires chez des interprétatifs ou imaginatifs cyclothymiques. D'une façon générale, M. de Clérembault signale l'hyperesthésie des érotomanes allant parfois jusqu'à l'allure hypomaniaque. Le même auteur mentionne comme une importante série de cas mixtes celle où l'érotomanie est précédée de plusieurs années de polymorphisme. Inversement l'érotomanie aboutit souvent au polymorphisme.

Les bouffées délirantes peuvent également revêtir une forme hypocondriaque comme dans l'observa-

(1) DE CLEREMBAULT. — Présentation sous des titres divers à la Société Clinique de Médecine Mentale : déc. 1920; fév. 1921; juin 1921; juillet 1921; juillet 1923.

tion que nous rapportons plus loin. M. Arnaud mentionne spécialement cette forme aiguë du délire hypochondriaque. Son développement, dit cet auteur, est rapide, il s'accompagne d'une excitation dont le degré est variable, mais qui est ordinairement intense. Cette excitation est en rapport avec la nature des idées délirantes qui envahissent l'esprit du malade, avec l'angoisse et la terreur qui le dominent. Presque toujours ces malades ont des idées de persécution en rapport avec leurs préoccupations dominantes : leur maladie n'est pas naturelle et surtout elle a été mal soignée; l'idée d'empoisonnement est fréquente chez eux. La rapidité avec laquelle apparaissent et se succèdent les phénomènes morbides détermine toujours un certain degré d'obnubilation intellectuelle, de confusion mentale plus ou moins profonde suivie ou non d'une amnésie dont le degré et l'étendue sont très variables.

OBSERVATION IX

Mme B..., née V..., entre à l'Asile de Maréville le 3 avril 1923. Elle est alors âgée de 35 ans.

Sans antécédents héréditaires pathologiques, cette malade présente une enfance pendant laquelle nous ne relevons rien de particulier. A 18 ans elle fait une typhoïde suivie d'un état méningé. Mariée à 25 ans, son premier enfant meurt en bas-âge. Un second enfant vivant est actuellement bien portant.

Un an avant son entrée à l'asile, Mme B... fait une pneumopathie aiguë. Pendant la convalescence trainante de

cette affection, se révèlent chez notre malade des signes de déséquilibre mental, de dégénérescence au sens large de Magnan. Mme B..., inquiète, lit des livres de médecine. Rapidement elle se découvre toutes les maladies; elle a surtout la phobie de la tuberculose et du cancer. Bientôt son état s'aggrave; notre malade présente de l'insomnie, elle a des cauchemars, des frayeurs nocturnes. Elle fait des fugues, se sauvant de chez elle chaque fois qu'elle peut tromper la surveillance des siens. L'alimentation devient capricieuse, de vagues craintes d'empoisonnement se dessinent. Si on note chez elle l'absence de toute hallucination, les illusions sensorielles, par contre, sont nombreuses. Celles-ci devaient amener chez notre malade des idées délirantes hypocondriaques pour lesquelles Mme B... entre à l'Asile. C'est ainsi qu'elle dit « avoir de l'acide dans le sang », que « son sang est endormi »; de plus « elle a la matrice enflammée » et « une barre sur le cœur ».

Le certificat immédiat la trouve « atteinte de délire hypocondriaque basé sur des interprétations morbides ayant pour point de départ des illusions et des troubles de la sensibilité interne ».

Dès le 17 avril on note, dans son état, une grande amélioration et la disparition des idées délirantes. La quinzaine confirmant cette amélioration permet de poser le diagnostic de bouffée hypocondriaque et Mme B... sort par guérison le 25 avril 1923, moins d'un mois après son entrée.

Comme variétés évolutives des bouffées délirantes, nous signalerons les suivantes :

1° On peut voir la bouffée délirante se développer sur un fond d'excitation intermittente comme dans

une observation rapportée par Masselon (1). Chez cette malade, qui paraissait finalement atteinte de délire systématisé de persécution, l'origine et l'évolution de sa psychose sont ainsi résumées par Masselon. On peut, dit-il, y distinguer trois phases bien distinctes :

1) D'abord Mme B. présente des accès d'excitation maniaque typique, accompagnée d'illusions et de troubles sensoriels mal systématisés : elle est alors atteinte de folie périodique ou de psychose maniaque dépressive.

2) Puis, au troisième accès, au milieu des phénomènes d'excitation, s'ébauche un commencement de systématisation dans les idées délirantes : Mme B. commence à croire qu'elle a perdu son libre arbitre. Elle est alors atteinte d'un délire polymorphe formé surtout d'idées de domination.

3) Enfin, après toute une série d'accès entrecoupés de phases de guérison, elle aboutit à un véritable délire systématisé qui persiste sans rémission depuis sept années consécutives.

La première et la deuxième phases montrent les relations des délires polymorphes avec la psychose maniaque dépressive. La troisième phase pose la question du mode de terminaison des délires d'emblée, question sur laquelle nous aurons à revenir.

(1) MASSELO. — Les psychoses associées (psychose maniaque dépressive et délire d'interprétation) (*Annales médico-psychologiques*, juin 1912).

2° Chez la malade dont nous rapportons plus loin l'observation, il s'agit d'une bouffée délirante développée à son troisième accès chez une malade mélancolique psychasthénique. Ce délire uniquement interprétatif au début s'accompagne ensuite d'hallucinations surtout à caractère onirique. Sa note dominante est une anxiété des plus vives. Ce délire édifié par une malade paranoïaque sur un fond de dépression et d'émotivité morbide disparaît complètement au bout de neuf mois. L'état mental demeure satisfaisant pendant six mois, ainsi qu'en témoignent les lettres adressées par cette personne au médecin chef de service. Mais, à partir de mai 1937, se manifestent à nouveau des inquiétudes et des interprétations délirantes qui paraissent être le prélude d'une rechute. Celle-ci eut d'ailleurs lieu sous la forme d'une bouffée analogue à la précédente. Cette fois encore les troubles délirants sont développés sur un fond dépressif, de telle sorte que l'on peut considérer cette malade comme une mélancolique persécutée dont le délire se traduit par des bouffées successives.

OBSERVATION X

Mme C..., veuve F..., entre à l'Asile pour la première fois, transférée de l'Asile de Mattaincourt, le 1^{er} octobre 1934. Elle est alors âgée de 54 ans.

Ses antécédents, tant héréditaires que collatéraux, ne fournissent aucun renseignement à retenir.

Cette malade a vécu chez ses parents jusqu'à l'âge de 27 ans, âge auquel elle s'est mariée. De cette union elle

a eu trois enfants : un fils aîné réformé pour cardiopathie, un second mort à onze mois de gastro-entérite, enfin une fille actuellement âgée de 24 ans.

A son entrée, M. le docteur Privat de Fortunié reconnaît en elle un état « de dépression mélancolique avec hyperémotivité, préoccupations hypocondriaques et vagues idées de persécution ». La quinzaine n'amène aucune modification. Novembre, par contre, la trouve en voie d'amélioration. La malade est calme, s'occupe régulièrement, ne présente plus d'idées délirantes, elle paraît même moins émotive qu'à l'entrée. Elle sort guérie de son accès dépressif le 2 décembre 1934, c'est-à-dire au bout de 2 mois.

Au printemps 1935, à la suite d'une forte atteinte grip-pale. Mme F... est de nouveau déprimée. Elle est anxieuse, accuse des frayeurs nocturnes et vient consulter M. le docteur Privat de Fortunié, qui lui conseille de réintégrer l'Asile; notre malade est alors lucide, bien orientée, ayant conservé intactes toutes ses facultés intellectuelles; sa mémoire est excellente, son attention est bonne; mais elle est aboulique et anxieuse : « Elle a peur du bruit, peur de tout ». On note en elle quelques tendances hypocondriaques. Cet état dépressif s'accompagne d'une asthénie physique accusée post-grippale : elle parle à voix basse, a de l'anorexie. Le visage est pâle, on constate un léger œdème palpébral dont l'étiologie nous est confirmée par une légère albuminurie. La numération globulaire enfin ne donne que 3.600.000 hématies avec un peu d'anisocytose. Cet état de déchéance physique et de dépression psychique s'aggrave encore par suite d'une crise appendiculaire aiguë présentée par Mme F..., le 9 mai 1935. L'intervention est décidée. Les suites opératoires sont normales, et, parallèlement à la convalescence, trai-

nante d'ailleurs, on constate une amélioration de l'état mental. Cette amélioration s'accroissant, et Mme F... acceptant de se rendre dans une maison de convalescence surveillée médicalement, on autorise sa sortie pour la fin juillet. Celle-ci se fait par guérison, le 31 juillet 1935. Mme F... nous revient pour la troisième fois le 17 octobre 1935, et M. le docteur Privat de Fortunié rédige le certificat de 24 heures suivant : « Déjà traitée deux fois dans le service, est atteinte de psychasthénie caractérisée par un état dépressif avec hyperémotivité, aboulie, quelques interprétations délirantes dans le sens de la persécution. »

Cette fois, dès le début, la situation paraît plus grave que lors des deux précédents internements. C'est ainsi que plus d'un mois après son entrée, alors que d'habitude elle disparaît rapidement, l'anxiété persiste et la malade demande à être placée dans une autre maison de santé. En décembre 1935, les interprétations dans le sens de la persécution sont de plus en plus nombreuses; elles s'accompagnent d'hallucinations surtout nocturnes. Mme F... se met alors à écrire presque quotidiennement des lettres dénotant le désarroi dans lequel elle se trouve plongée et donnant l'explication de son anxiété et de l'activité de ses idées de persécution. Elle dénonce ses persécuteurs et ce qu'ils veulent entreprendre sur elle. Mme F... accuse principalement l'infirmière de sa salle et envisage de mettre fin à ses jours pour échapper au sort qui l'attend. « C'est pour ce soir, écrit-elle, ou pour un de ces soirs. » Puis, dans une autre lettre : « Je m'étais trompée, c'est jeudi que doit avoir lieu ce qu'elles méditent, et ce sera terrible puisqu'elles parlent de mort. » D'après elle, les infirmières se sont entendues avec les chauffeurs qui doivent venir la chercher pour la livrer à un aliéné qui

la torturera. Le complot s'organise de plus en plus. Grâce à l'apport hallucinatoire et interprétatif incessant, le nombre de ses persécuteurs augmente de plus en plus et tous les locaux lui deviennent suspects. C'est ainsi qu'elle écrit début janvier : « Cette nuit, paraît-il, on doit m'emmener dans la cave pour me martyriser », et le lendemain : « Veuillez envoyer la Sœur elle-même dans la cave. s'il vous plaît. Là elle verra toute une installation où un soir je serai attachée, où on me brûlera les pieds, etc. ». Toujours revient ce même refrain lancinant : c'est pour ce soir, je suis sans défense, faites surveiller cela. Après la cave, c'est une remise à outils qui lui devient suspecte : « Faites visiter la petite maison et surveillez. Il s'est passé cette nuit une chose horrible; le fou avait été amené dans la petite maison où il hurlait. » « Je vous jure que je vous dis la vérité, ajoute-t-elle. Je n'ai qu'à observer les veilleuses qui croient parler à voix basse, mais j'entends et je suis au courant. » Cette anxiété atteint son apogée fin janvier. Les nuits sont mauvaises, la malade ne dort pas, les hallucinations apparaissent surtout la nuit, et, semble-t-il, dans un état onirique. C'est alors que Mme F... fait une tentative de suicide en avalant de l'encre. N'ayant pu échapper par la mort à ses persécuteurs, elle se calme un peu, change de tactique, essayant d'attendrir l'infirmière qui, pour elle, mène toute cette conspiration. Cette accalmie est de courte durée et, le 11 février 1936, toujours délirante et hallucinée, elle écrit : « Je viens enfin de savoir les ordres de Mlle L. : on devait me conduire au grenier et y amener le fou. Hier, déprimée parce que je n'avais pas de changement, je me suis donnée deux petits coups de plume dans le bras, lesquels sont restés sans résultat. J'ai saigné quelques gouttes. Les voyant, elle a de suite conçu son plan : on

me conduirait au grenier, on élargirait les trous et en mettant un linge ensanglanté près de moi, on ferait croire que je me suis suicidée. » Les lettres se succèdent, apportant toujours les mêmes plaintes et les mêmes lamentations. Ces dénonciations ont tendance cependant à s'espacer. Mais le 14 mars 1936, elle écrit de nouveau : « On recommence à me faire des menaces pour la nuit. Je vous en supplie, mettez-moi n'importe où, mais sortez-moi d'ici aujourd'hui. » Il est accédé à sa requête et, à la fin du mois, Mme F. est changée de pavillon. Cette mutation ne produit qu'une accalmie passagère d'une huitaine. Les idées de persécution réapparaissent, s'accompagnant des mêmes troubles hallucinatoires et interprétatifs. Les poussées d'anxiété sont fréquentes, s'accompagnant de pleurs et de gémissements.

Ce n'est qu'au mois de mai, et après reprise du traitement sédatif, qu'une accalmie commence à se dessiner. Si Mme F... dort mieux, elle n'en continue pas moins à s'alimenter d'une façon capricieuse, par crainte d'empoisonnement. L'amélioration s'accroît cependant de jour en jour, mais très lentement. En septembre 1936, avec la disparition des idées délirantes, nous commençons à envisager la sortie de notre malade; celle-ci a lieu par guérison le 30 octobre 1936. Une lettre d'elle en date du 27 novembre devait nous confirmer la stabilité de son état. Mais en mars 1937 nous recevons une nouvelle lettre de cette malade. Cette épître comprend deux parties. La première est normale, et Mme F... s'y dit bien portante; la seconde a été rajoutée, et la malade y paraît de nouveau en proie à des idées délirantes de persécution. Un peu plus tard, le 17 mai 1937, notre malade semble hallucinée quand elle écrit qu'on « doit l'enfermer dans une maison de repentir ». Tandis qu'elle s'in-

surge contre cet arrêt arbitraire que rien, dit-elle, dans sa vie n'a motivé; elle demande assistance et protection car, ajoute-t-elle, « elle doit partir mardi ». Peu de jours après, une lettre de sa fille nous confirme, en date du 28 mai, l'apparition de ce nouvel état morbide. Les idées de persécution sont réapparues, faibles d'abord et pour des motifs futiles, et sa fille n'a pas eu de peine, au début, de la convaincre de leur non-fondement. Puis elles se sont précisées et accusées : des troubles cénesthésiques pénibles, comme des bouffées de chaleur, des angoisses précordiales, et des idées d'empoisonnement sont apparues. C'est ainsi que parfois elle refuse de manger sous prétexte qu'on met du poison, de l'arsenic, notamment, dans ses aliments. Mme F... est très anxieuse, chaque coup de téléphone, chaque personne passant dans la cour est pour elle un objet d'inquiétude. Ne se trouvant plus en sécurité chez elle, elle couche dans la chambre de sa fille. Les phénomènes psycho-sensoriels s'accroissant, début juillet, pendant la nuit, elle entend des bruits, voit des lueurs, prétend qu'il y a des Italiens dans son grenier. Ces derniers d'ailleurs sont son cauchemar : jouant actuellement dans son délire le rôle tenu par les infirmières lors de son dernier internement, ils doivent venir la prendre pour l'emmener au loin et la ravir à sa fille. De même aussi qu'en octobre 1935, on lui annonce chaque jour que ce sera pour le soir. C'est dans cet état qu'elle rentre au service le 13 juillet 1937. M. le docteur Privat de Fortunié, qui la reçoit, rédige alors le certificat de 24 heures suivant : « Déjà traitée trois fois dans le service pour des accès dépressifs, le dernier accompagné d'un épisode hallucinatoire avec idées délirantes de persécution et anxiété très vive, présente actuellement une nouvelle phase mélancolique avec délire interpré-

tatif et hallucinatoire de persécution. Ces derniers temps, se figurait qu'on allait faire du mal à sa fille, entendait la nuit des paroles et des bruits de pas auprès de sa chambre, croyait que sa propriétaire avait soudoyé des Italiens pour la séparer de sa fille. » Comme ce certificat est fait à la visite, le lendemain donc de l'arrivée de notre malade, et celle-ci ayant passé une bonne nuit, notre Maître ajoute : « Légère accalmie à la suite du changement de milieu. Placement justifié. » Cette malade se sentant en effet en sécurité, passa trois jours à dormir, elle ne se réveillait guère qu'aux repas. Au bout de ce laps de temps, les hallucinations avaient complètement disparu, la plupart des interprétations délirantes étaient aussi reconnues comme telles par Mme F... Au moment où nous terminons ces lignes, trois semaines environ après son entrée, notre malade calme et lucide ne présente plus guère que du ralentissement idéo-moteur. Ce symptôme, de même que le fait rapporté par sa fille qu'elle avait été pendant un jour au début de mai d'une gaieté anormale et exagérée, et avait présenté à ce moment une légère excitation cérébrale, semblent bien montrer chez cette malade l'existence d'une constitution cyclothymique.

Déjà signalés par Seglas en France, Mendel, Gianelli, Bechterew, Ziehen à l'étranger, les cas peu nombreux de cette espèce sont désignés par Pilcz (1) sous le nom de paranoïa périodique. Fréquemment, dit cet auteur, on voit des idées systématisées de persécution, d'influences mystérieuses, d'être observé, regardé, inju-

(1) PILCZ. — Traité international de psychologie pathologique publié sous la direction de A. MARIE (Alcan, 1911).

rié, se présenter à tous égards analogues à celles du délire chronique. Les hallucinations peuvent être absentes, dans certains cas elles existent vraiment typiques, hallucinations insultantes de l'ouïe, hallucinations de persécution physique (magnétisme, électricité). La durée varie de quelques semaines à quelques mois. Pour illustrer sa description, Pilcz cite un cas de Kausch : d'abord mélancolie pure et simple, plus tard quelques hallucinations de l'ouïe pendant les accès, finalement pendant des années, idées de persécution périodiques, affection correspondant aux délires. Pilcz ajoute : « J'ai observé quelquefois une forme bien remarquable décrite pour la première fois par Ziehen : idées de jalousie typiques n'apparaissant que prémensuellement pour quelques jours.

Des mélancoliques persécutés on rapproche généralement les persécutés auto-accusateurs de G. Ballet (1), Seglas (2), Roubinovitch (3). Ces malades sont avant tout des paranoïaques chez lesquels les idées d'auto-

(1) G. BALLET. — Idées de persécution observées chez les dégénérés à préoccupations hypocondriaques ou mélancoliques (Com. au Congrès de Médecine mentale, Blois 1892).

— Les persécutés auto-accusateurs : Leçon publiée dans la *Semaine Médicale* du 23 mai 1893, et in : *Leçons de clinique médicale : Psychoses et affection nerveuses* (O. Doin, 1897).

(2) SEGLAS. — Mémoire publié dans la *Semaine Médicale* (5 octobre 1892).

— Communication au Congrès de Médecine Mentale de La Rochelle, 1893 (SEGLAS et G. BROUARDEL).

— Les persécutés auto-accusateurs : Leçon clinique du 11 mars 1894, in *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1895.

(3) ROUBINOVITCH. — Mémoire publié dans les *Annales Médico-Psychologiques* de juillet-août 1894.

accusation, étroitement associées aux idées de persécution et intervenant comme une explication de celle-ci, sont persistantes comme elles. Dans certains cas cependant, les idées d'auto-acusation s'associent aux idées de persécution par bouffées, par paroxysmes anxieux après lesquels le malade redevient un persécuté de plus en plus systématique; ou bien les unes ou les autres se manifestent d'emblée sous forme d'un délire polymorphe, coexistant ou alternant entre elles, mais sans se combiner. A ces alternatives peut succéder une rémission après laquelle les accidents délirants repaissent, sous la forme d'un délire de persécution typique évoluant vers la chronicité, comme dans une observation de M. Seglas.

Ces cas complexes, à marche irrégulière, par bouffées, nous acheminent vers d'autres plus rares où, l'association d'un élément dépressif et confusionnel à la paranoïa peut expliquer l'éventualité d'une rémission tardive, avec régression plus ou moins complète, et plus ou moins durable des symptômes au cours d'une psychose hallucinatoire chronique comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION XI

Mme F..., née L..., entre à l'Asile de Maréville pour la première fois le 19 juin 1924, âgée de 49 ans. Ses antécédents, tant personnels qu'héréditaires, n'offrent absolument rien à relever. Aînée de 7 enfants, elle s'est mariée à 29 ans. Un enfant est né de cette union, et Mme F..

semble avoir jusqu'à ce jour mené une vie tranquille, exempte de tout excès. Sa ménopause fut assez pénible, elle dut s'aliter quelque temps, puis débutèrent les troubles psychopathiques qui semblent remonter à environ sept mois avant son internement. Dès ce moment, Mme F... est assaillie de craintes nocturnes, de cauchemars entretenus par des troubles psychosensoriels multiples : on la pique, on l'électrise, elle entend des voix divines.

A l'entrée, c'est une malade assez calme, bien orientée dans le temps et dans l'espace. Elle se plaint de troubles cénesthésiques pénibles, non seulement la nuit elle se sent piquée, électrisée, mais pendant la journée elle accuse une sensation de brûlure au sommet du crâne qu'elle attribue à une projection de rayons électriques. Les hallucinations auditives sont nombreuses : en plus de la voix de ses parents et d'autres personnes de sa connaissance, elle se trouve en communication avec des membres du Gouvernement et de l'armée; elle entend même la voix de Dieu qui l'exhorte au milieu de ses tourments. « Je cause avec ces messieurs de l'Université et de la Science à venir que je connais par ordre divin », dit-elle. Des interprétations délirantes dans le sens de la persécution se manifestant par exemple par du refus d'alimentation par crainte d'empoisonnement, viennent compléter le tableau clinique, qui, vu l'âge de la malade, font penser à une psychose hallucinatoire chronique.

M. le docteur Privat de Fortuné, qui la reçoit, rédige alors le certificat immédiat suivant, confirmé par le certificat de quinzaine : « Certifie que la sus-nommée est atteinte de psychose hallucinatoire avec idées délirantes de persécution, préoccupations hypocondriaques, craintes d'empoisonnement, légère dépression. Elle entend des voix, humaines et divines, qui lui donnent des ordres, sent

des brûlures au cerveau produites par l'électricité. C'est un neveu médecin qui fait cela pour connaître son passé, sa conduite et ses pensées. »

Deux ans se passent de la sorte, n'apportant aucun changement dans l'état de notre malade, et M. le docteur Privat de Fortunié peut écrire, en date du 12 juillet 1926, sur la fiche de cette malade : « Psychose hallucinatoire chronique avec idées délirantes de persécution, automatisme mental, soliloque, gestes stéréotypés, dépression épisodique, inactivité. »

Une maladie intercurrente : une broncho-pneumonie grippale, devait amener chez cette malade un changement radical par la disparition des idées délirantes et des troubles psychosensoriels; c'est alors que, calme et lucide, elle put dépeindre leur apparition et leur développement en ces termes : « Un beau jour, dit-elle, j'ai entendu une voix indistincte et faible dont les paroles étaient incompréhensibles, puis elle se rapprocha et devint distincte. J'ai été surprise, j'ai cherché à me rendre compte d'où venaient ces voix. Au début, j'entendais une voix lointaine mais très distincte, c'était comme un téléphone mystérieux; tantôt elle semblait venir de face, tantôt autour de moi, du mur ou du plancher. » Puis les hallucinaisons auditives verbales se compliquent d'hallucinations psychiques. « Je sentais que cette voix se rapprochait, dit-elle à ce sujet; par suite, je sentis que ça venait de mon côté droit, de mon épaule, finalement cette voix sortait de moi-même. » L'hallucination psychique se précise avec l'apparition d'un certain sentiment d'influence quand elle dit : « Je causais en réponse à ces voix comme si les paroles m'étaient suggérées. » Au début, ces voix lui sont agréables et leur contenu flatte son orgueil. « J'ai pris plaisir, au début, à écouter cette voix qui m'accapa-

rait complètement, à un moment donné elle m'a annoncé que j'avais des parents haut-placés, que je descendais d'une famille illustre, que j'avais deux oncles évêques, et elle ajoute, je n'ai jamais entendu d'injures, ni de menaces contre moi-même. » Plus tard, ce sont ses préoccupations délirantes qu'elle extériorise de cette façon. On lui disait qu'elle avait une revue scientifique dans le cerveau, elle était en correspondance avec un général de corps d'armée, la voix lui disait de ne pas prendre les médicaments parce que c'était du poison, « un jour elle me dit que la salade servie sur la table était empoisonnée, j'ai été poussée à prévenir mon mari pour qu'il n'en mange pas. La voix me disait qu'on allait faire du mal à ma fille, on m'annonçait qu'elle était constamment menacée, qu'elle était morte et je le croyais ». « D'ailleurs, dans tout ce que j'entendais il y avait beaucoup d'incohérence, on m'annonçait des nouvelles bonnes ou mauvaises auxquelles je croyais fermement au moment où cela m'était dit par les voix. » Puis Mme F... essaie en vain de lutter et de réagir : « Un doute se levait dans mon esprit, dit-elle, je me raisonnais et je cherchais les arguments pour me prouver que ce que j'entendais était faux. Je cherchais également à lutter contre l'obsession de cette voix qui m'accaparait. Je détournais mon attention, j'aurais voulu m'absorber dans mes préoccupations. »

Des hallucinations cénesthésiques pénibles s'ajoutaient aux auditives : « J'éprouvais sur le haut de la tête une sensation de brûlure, comme si j'avais une plaque chaude au-dessus de la tête. C'était une chaleur pénétrante. Parfois je me couvrais la tête, car il me semblait qu'ainsi je m'abritais contre cette chaleur. C'est alors que les voix me criaient que j'avais un cratère dans la tête, que

j'étais électrisée. Je sentais aussi une brûlure au palais, c'est pourquoi je mettais de l'eau dans ma bouche. » Des hallucinations motrices avec interprétations délirantes complétèrent le tableau clinique hallucinatoire de cette malade, qui n'eut jamais d'hallucinations visuelles, olfactives, ni gustatives. « Quand je marchais, dit-elle encore, je sentais le plancher trépider sous mes pieds et les voix me disaient que le plancher et mon corps étaient électrisés et que c'étaient les deux contacts qui occasionnaient la trépidation. »

Le développement, la durée et la systématisation de ces troubles psycho-sensoriels justifiaient le sombre pronostic posé par notre Maître le 12 juillet 1926. Cependant, comme nous l'avons signalé, l'apparition d'une broncho-pneumonie grippale devait coïncider avec la guérison mentale de Mme F... qui sortit par guérison le 30 mai 1927, après un épisode délirant et hallucinatoire de 3 ans. Cette guérison ne devait, en réalité, n'être qu'une rémission et quatre ans et demi plus tard, le 26 novembre 1931, Mme F... réintégrait l'Asile dans le service de Mlle le docteur Cullerre, dont voici le certificat de 24 heures : « Est atteinte de psychose hallucinatoire chronique, avec thème délirant de persécution, syndrome d'automatisme mental et d'action extérieure. Malade actuellement très réticente, mais se livrant à des colloques hallucinatoires. » Nous ne décrivons pas les symptômes qu'elle présentait à ce moment; qu'il nous suffise de signaler qu'ils étaient identiques à ceux qu'elle présentait en 1927. Remarquons cependant qu'une désagrégation psychique plus poussée avait permis l'accentuation du syndrome d'influence. Depuis 1931, c'est-à-dire depuis six ans, cette malade est restée identique à ce qu'elle était, malgré le début d'un affaiblissement intellectuel présénile.

3° M. Legrain dans sa thèse signale une autre éventualité : « On peut voir, dit-il, le délire d'emblée éclater comme un syndrome supplémentaire dans un délire à évolution chronique qui, rappelons-le, s'observe souvent ainsi chez les dégénérés. Un malade par exemple délire déjà depuis plusieurs mois; son délire a une évolution chronique, et comme tel d'ailleurs, il paraît comporter un assez mauvais pronostic, lorsque tout à coup, rompant la monotonie de ce dernier, survient une bouffée de délire qui tranche nettement sur le premier, comme plus haut nous avons vu le délire d'emblée contraster d'une façon si singulière avec le calme de l'esprit quelques jours ou quelques heures auparavant. Cette bouffée n'a que la valeur d'un incident d'ailleurs très fugitif qui disparaît comme il est venu, et le délire primitif reprend son cours comme si rien n'était arrivé. Plusieurs bouffées successives peuvent ainsi se produire et changer de forme chaque fois durant toute la maladie; elles ne laissent aucune trace derrière elles. »

Une malade, dont le docteur Edert (1) a rapporté l'observation dans sa thèse, à la suite d'ennuis multiples, de surmenage provoqué par la liquidation d'un fond de commerce et accompagné d'une altération de sa santé physique, fait une psychose hallucinatoire confusionnelle avec alternatives d'agitation et de dépression. Au déclin de cet accès, elle présente un dé-

(1) EDERT. — Les délires imaginatifs envisagés plus spécialement dans les états de désagrégation psychique (Nancy, 1936).

lire érotomaniacque, qui remplace ensuite complètement le délire primitif, et, après avoir persisté pendant dix-huit mois, disparaît à son tour sans laisser de traces.

4° Au cours du délire d'interprétation chronique décrit par Sérieux et Capgras, ces auteurs signalent l'existence de bouffées délirantes polymorphes interprétatives ou hallucinatoires (2). « Contrairement aux conceptions principales, ces bouffées de couleurs diverses, idées ambitieuses surtout, n'ont qu'une durée éphémère. Ces formules nouvelles et inattendues, subitement écloses, modifient complètement l'aspect habituel de la psychose : tel persécuté, absorbé par ses multiples invocations à la Vierge, apparaît uniquement mystique; tel autre tout entier à ses projets ambitieux, oublie ses préoccupations antérieures. Parmi ces désordres intercurrents, les épisodes hallucinatoires, les bouffées oniriques sont les plus importants, par leur durée, par l'influence qu'ils exercent parfois sur le contenu du délire, et surtout par les erreurs de diagnostic qui en découlent. Il ne s'agit pas ici de ces hallucinations rares, brèves, survenant isolément à des intervalles souvent très éloignés, et que nous avons indiquées comme symptômes accessoires, mais d'un véritable délire sensoriel greffé sur le délire d'interprétation. Sa durée varie de quelques semaines à quelques mois... D'ordinaire, en même temps que ces épisodes

(2) SÉRIEUX et CAPGRAS. — Les folies raisonnantes (Paris, Alcan, 1909).

sensoriels, apparaissent des idées, des réactions nouvelles, opposées même aux conceptions antérieures.

Ces bouffées délirantes polymorphes hallucinatoires font pendant aux paroxysmes interprétatifs et aux états d'excitation maniaque épisodique survenant au cours des psychoses interprétatives chroniques. Les unes et les autres s'opposent aux rémissions d'une durée de quelques mois à plusieurs années, qui peuvent venir interrompre la marche du délire.

5° Plus rarement les revendicateurs peuvent présenter une bouffée délirante aiguë ou subaiguë, qui, d'après MM. Sérieux et Capgras, simule le délire d'interprétation. Dans certains cas cependant cette bouffée délirante peut comporter des hallucinations, fait d'autant plus remarquable que ce phénomène, qui se rencontre assez fréquemment comme symptôme accessoire dans le délire d'interprétation, fait complètement défaut dans le délire de revendication. La malade dont nous rapportons ci-dessous l'observation était une processive depuis plus de vingt ans, quand au cours d'un état dépressif et confusionnel, en rapport avec l'involution présénile, divers malaises physiques, en particulier un état d'auto-intoxication gastro-intestinale, le tout renforcé par un choc émotionnel, survint une bouffée délirante avec idées d'influence, hallucinations psychiques auditives et visuelles, obsessions impulsives au suicide, phénomènes qui disparurent quelques semaines après son internement. Malgré la durée éphémère de ses troubles intercurrents, la malade paranoïaque, n'en reconnaissant pas le carac-

tère pathologique, adjoignit à ses revendications antérieures des protestations et réclamations contre son internement formulées pendant et après son séjour à l'Asile.

OBSERVATION XII

Mlle B... est une revendicante processive de très longue date. Le décès de ses parents en 1913 et la liquidation de la succession marque le début de ses actions judiciaires. Jusqu'à l'expiration des délais légaux, elle se refuse à signer l'acte de partage soi-disant parce qu'il n'est pas conforme aux conventions préliminaires. Se croyant frustrée, elle ne cesse pas de réclamer par la suite la mise en vigueur de cet acte authentique. La mort de son frère cadet, en 1915, vint compliquer le litige en ouvrant une nouvelle succession. En 1917, le renouvellement du bail, en vertu duquel son frère aîné exploite toute la propriété, lui fournit encore matière à procès. Elle prétend que sa signature figurant au bas de cet acte est imitée, et met en cause le notaire. Poursuivie pour dénonciation calomnieuse, elle est condamnée en première instance et en appel. En 1923, elle adresse au Conseil de préfecture une réclamation concernant la fixation de ses impôts. Après rejet de sa demande, elle recourt au Conseil d'Etat sans obtenir satisfaction. En 1924-1925, elle a un procès avec un marchand de biens pour non-exécution d'une promesse de vente écrite, procès qui se termine par une double condamnation à ses dépens. En 1927, son frère aîné lui ayant donné congé de ses terres, elle intente un procès en liquidation des fermages. Déboutée de ses prétentions et accablée de frais, elle demande l'assistance judiciaire

qui lui est refusée. Pendant toute cette période se succèdent de la part de la malade des démarches diverses comme : consultations d'avoués et d'avocats, expertises, plaintes au parquet, visites au procureur et au préfet, lettres et visites au ministre de la Justice, lettre au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation. Elle les poursuit encore après avoir épuisé toutes les ressources de la procédure. Simultanément et jusqu'à ces derniers temps, elle a de nombreux démêlés avec ses locataires.

Plus importune que dangereuse, elle aurait pu, poursuivre en toute liberté la réparation de ses prétendus préjudices si l'involution présénile n'avait déclenché chez elle un épisode confusionnel et hallucinatoire qui amena son internement en date du 1^{er} avril 1936. M. le docteur Privat de Fortunié, qui la reçoit, rédige alors le certificat immédiat suivant : « Je soussigné certifie que la nommée B... Angèle est atteinte de délire paranoïaque ancien, caractérisé par des idées de préjudice d'ordre interprétatif avec revendications et tendances processives, délire qui, sous l'effet de l'involution présénile, s'accompagne actuellement d'un état de dissociation psychique avec idées d'influence, hallucinations psychiques et sentiment d'automatisme (syndrome d'action extérieure). On la plonge dans l'hypnose surtout après les repas, on lui fait perdre la mémoire, on la prive de ses moyens de défense, on lui suggère des idées de suicide. »

En réalité, si nous nous reportons aux nombreux écrits de cette malade, nous voyons que le début des troubles ayant amené son internement remonte à plus de trois mois et nous pouvons le fixer aux premiers jours de l'année 1936. Dès lors, un élément auto-toxique, surtout d'origine gastro-intestinale et hépatique, paraît s'associer à l'involution présénile pour déterminer successivement

des troubles cénesthésiques, puis un léger état confusionnel avec onirisme nocturne, dissociation psychique et finalement automatisme mental. En janvier 1936, elle s'aperçoit que son corps prend une teinte verdâtre, et dans la seconde quinzaine de février présente des sueurs profuses auxquelles elle attribue une coloration jaunâtre. A son entrée au service ouvert de Sainte-Anne, on remarquera en effet chez elle une teinte subictérique accusée et un état saburral des voies digestives. Notre malade accuse « des impressions nocturnes bizarres ». « Depuis des mois, écrit-elle, je ne sais ce que je ressens, je ne peux le définir. » Ensuite elle précise : « ...une raideur dans le corps, jusqu'à la crainte d'une paralysie de la langue se faisaient sentir, insensiblement tous les jours, j'éprouvais une perte de mémoire, une absence de volonté, l'impression d'être une automate. Après les repas, je restais assise sur une chaise, dans un état d'hébètement et comme endormie. Je ne pouvais même pas lire mon journal, je ne comprenais pas. En marchant, j'allais butter contre les murs. A mon dernier repas, j'étais devant mon assiette comme une bête devant son râtelier. J'ai toujours eu l'intuition que si j'étais restée un jour de plus chez moi, j'étais dans l'impossibilité de pouvoir parler. »

C'est en mars, et à la suite d'un choc émotionnel, que Mademoiselle B. se rend compte qu'elle est dans un état anormal et provoqué par une influence étrangère. Le 3 mars, elle reçoit la visite d'un démarcheur qui veut lui acheter sa maison. Sur les instances de ce dernier, qui, dit-elle, la regarde d'une façon étrange, elle se trouve comme endormie et accepte la tractation, car en sa présence, écrit-elle, « j'ai perdu toute volonté ». Le 5 mars, elle se rend à la convocation du notaire chargé de dresser l'acte de vente. A ce moment, elle se trouve dans une hé-

bétude semi-confusionnelle, reste inerte comme endormie, sans défense; et le démarcheur profite alors de son état pour lui commander de parapher l'acte de vente. « Vous devez signer, dit-il, moi je signe ». Tout cela était dit sur un ton de commandement que je n'aurais pas admis dans un état normal. Le notaire, s'il veut le dire, a constaté mon état d'hébètement. »

Ce choc émotionnel devait aussi faciliter l'apparition, chez cette malade d'hallucinations psychiques à point de départ illusionnel, qui vinrent compléter dès lors le tableau clinique. Une nuit qu'elle entend son locataire marcher dans l'appartement au-dessus du sien, elle perçoit un bruit de déclic comme le télégraphe et « on lui met alors dans l'esprit cette phrase plusieurs fois répétée : on t'endort, on t'endort. » Une autre fois, le 12 mars, elle a des hallucinations visuelles représentatives; elle voit alors « représentés en bleu comme sur une carte de géographie les deux cours d'eau de sa petite ville ». Le lendemain, « des idées de suicide lui sont suggérées », on lui donne l'idée de s'empoisonner avec de la mort aux rats, comme l'a fait récemment une de ses concitoyennes. Méconnaissant l'influence de ce souvenir et imparfaitement consciente de ses préparatifs, elle est toute surprise en constatant qu'elle tient dans ses doigts des grains empoisonnés et qu'elle se sent poussée à les avaler. Cette suggestion angoissante revêt chez elle le caractère d'étrangeté et de parasitisme qui caractérise l'idée obsédante. Elle lutte contre cette idée qui, lui paraissant imposée par la violence et tout à fait en dehors du courant de sa pensée habituelle, l'impressionne vivement. Le 10 mars, quelques jours après la scène chez le notaire, elle avait écrit au Garde des Sceaux pour signaler son état d'hypnose et demander l'envoi d'un médecin. Cette fois, elle se décide

sur-le-champ à se rendre chez le médecin de la localité pour faire constater qu'elle est endormie, qu'elle est en état d'hypnose et victime de manœuvres d'envoûtement. Puis, intégrant cette nouvelle situation dans son ancien délire, elle affirme que : « C'était pour avoir une signature que cet état d'hypnose existait. » Dans le même ordre d'idées, elle est persuadée que c'est son locataire qui a mis quelque chose dans ses aliments, ou lui a fait respirer un gaz pour provoquer cet état d'hypnose et cela dans le but de la faire disparaître ou de la rendre folle. Elle a d'ailleurs toujours l'intention, une fois sortie, de porter plainte contre lui, pour envoûtement, et de poursuivre ses autres revendications. »

« Me sentant sous un pouvoir absolu, ajoute-t-elle, j'ai demandé au docteur de me conduire immédiatement auprès d'un spécialiste qui devait, selon moi, me délivrer immédiatement de cette volonté qui m'était imposée. » C'est alors qu'elle entre, le 13 mars 1936, au service ouvert de Sainte-Anne, d'où elle est transférée, le 1^{er} avril, à l'Asile de Maréville. Dès cette date, sous l'influence du régime et du traitement, la confusion mentale a presque complètement disparu. Elle ne se manifeste plus qu'à un degré léger et surtout après les repas : C'est à ce moment, en effet, que, d'après elle, on la plonge dans l'hypnose. Il nous semble bien qu'on puisse rapprocher ces phénomènes de la somnolence post-prandiale des insuffisants hépatiques. Ce qui est encore un argument en faveur de l'étiologie auto-toxique des troubles présentés par Mademoiselle B.

Les phénomènes hallucinatoires disparurent bientôt eux aussi progressivement, et le 9 juillet 1936, notre Maître, M. le docteur Privat de Fortunié, rédigeait, d'accord avec ses collègues consultés, le protocole suivant, consta-

tant leur disparition en tant que phénomène actuel; mais la croyance que la malade gardait en leur réalité : « Nous soussignés, Médecins chef de service à l'Asile de Maréville, certifions avoir examiné le 8 juin 1936 Mademoiselle B. Angèle-Marie-Louise, placée d'office dans cet établissement, et avoir fait les constatations suivantes :

La sus nommée est atteinte de délire de revendication se manifestant depuis longtemps par des actions judiciaires intempestives. Aux troubles du jugement se sont ajoutés, sous l'effet de l'involution présénile, un affaiblissement de la mémoire et plus récemment un état de dissociation psychique temporaire avec sentiment d'automatisme, délire d'influence et d'action extérieure. Bien que ces phénomènes aient perdu de leur actualité, la malade, en vertu de ses tendances paranoïaques, demeure convaincue, qu'à la suite de pratiques d'envoûtement, des personnes qu'elle désigne l'ont plongée dans un état d'hypnose, lui ont fait signer un acte contraire à sa volonté présente et lui ont imposé des idées de suicide. Aussi se propose-t-elle, une fois libérée, d'exiger des réparations pour ce fait comme pour les préjudices et dénis de justice antérieurs dont elle prétend être victime. Dans ces conditions son maintien à l'Asile nous paraît nécessaire jusqu'à ce qu'une sédation du paroxysme actuel se soit produite. »

Le 5 décembre 1936, on demandait sa sortie, et Mademoiselle B. quittait l'Asile avec seulement une légère sédation de ses tendances paranoïaques, mais complètement guérie depuis longtemps de sa bouffée confusionnelle hallucinatoire. Cette malade, toujours revendicatrice, devait d'ailleurs, quelques mois plus tard, porter plainte au Procureur de la République pour cet internement qu'elle estimait arbitraire.

Nous n'avons eu en vue dans ce chapitre que les bouffées délirantes, c'est-à-dire les cas de paranoïa aiguë se terminant par guérison après une durée plus ou moins longue et en règle générale, récidivantes, caractère qu'elles tiennent de l'association d'un élément maniaco-dépressif à la paranoïa. Mais un désaccord subsiste quant au dernier terme du processus morbide. Tandis que Magnan, opposant d'une manière absolue son délire chronique aux délires des dégénérés, dont le délire d'emblée, systématique ou non, est une des formes caractéristiques, soutient qu'un délire systématisé aigu ne se transforme jamais en délire chronique, son élève Legrain indique le passage « à un délire à évolution chronique » parmi les différents modes de terminaison du délire d'emblée. Westphal, Schuele, Mendel, Jastrowitz, Cramer, Jolly, etc. soutiennent la même opinion et pensent que la paranoïa aiguë est susceptible de se transformer, après un ou plusieurs accès, en paranoïa chronique. C'est ce qui s'est produit chez la malade de Masselon; dans ce cas mentionné plus haut, après plusieurs accès polymorphes apparus au milieu de phénomènes d'excitation, le délire se fixe et persiste sans rémission depuis sept années consécutives. Même en ce qui concerne la guérison du délire après chaque accès, M. Arnaud fait des réserves. « Ce qui me paraît contestable, dit-il, c'est le retour complet à l'état normal. Il est facile de prouver, dans bien des cas, où l'on a pu suivre les malades, que cette prétendue guérison n'est autre chose qu'une rémission plus ou moins satisfaisante, laissant subsister des interprétations fausses et même de véri-

tables idées délirantes, que le malade dissimule et cache de son mieux, de façon à conserver toutes les apparences de la raison. Mais d'une part, les personnes qui vivent avec le malade s'aperçoivent fort bien qu'il n'a pas recouvré son état antérieur, qu'il est, plus qu'avant son accès, bizarre, défiant, irritable; et d'autre part, lorsqu'une récurrence se produit, on constate nettement que le délire se présente dans des conditions particulières et différentes : s'il contient tout ce qu'il contenait au premier accès, il s'y est ajouté quelque chose qui en est la suite logique. Non seulement l'accès consécutif ne recommence pas l'accès précédent tel quel, non seulement il n'est pas simplement soudé à lui, de façon à le continuer avec plus ou moins de régularité; mais des idées nouvelles s'y sont ajoutées, la systématisation en est devenue plus étroite, et, en même temps, plus étendue. Il est visible que le travail morbide s'est continué sourdement et dans le même sens, pendant la période considérée à tort comme une guérison, et que la maladie a parcouru comme une étape nouvelle. » Ces différentes remarques, qui visent surtout les délires systématisés d'emblée, n'enlèvent rien au caractère intermittent du syndrome. Après les avoir faites, M. Arnaud n'en conclut pas moins qu'au point de vue pratique la guérison doit être admise parmi les terminaisons de ces délires. Mais ajoute-t-il, s'ils guérissent, ils ont aussi une déplorable tendance à récidiver.

LA CONFUSION MENTALE PÉRIODIQUE

La confusion mentale, comme le disent G. Ballet (1), Marandon de Montyel (2), Anglade (3) est plutôt un syndrome qu'une entité nosologique.

La prédisposition fait rarement défaut dans l'étiologie. On s'est trop hâté, dit Anglade, de la reléguer à l'arrière-plan et c'est avec raison, nous semble-t-il, que les auteurs italiens s'attachent à démontrer son importance. Parmi les parents des confusionnels, on trouve des maniaques, des mélancoliques, des persécutés, des névrosés ou simplement des nerveux. En somme, le terrain sur lequel évolue la confusion mentale ne diffère de celui des psychonévroses que par la part plus restreinte qui y revient à l'hérédité. En revanche, les causes occasionnelles sont toujours importantes. Une émotion violente, une frayeur vive peuvent déterminer la confusion mentale, de même les trauma-

(1) G. BALLET. — Les psychoses in *Traité de Médecine* publié sous la direction de CHARCOT et BOUCHARD (tome VI, 1^{re} édition, 1894. Tome X, 2^e éd., 1905).

(2) MARANDON DE MONTYEL. — La confusion mentale primitive et secondaire (*Gazette des Hôpitaux*, numéros du 27 septembre, 2 octobre et 7 octobre 1897).

(3) ANGLADE. — La confusion mentale in *Traité de Pathologie mentale* publié sous la direction de G. BALLET (O. Doin, 1903).

tismes, les opérations chirurgicales. Mais ce sont les auto-intoxications et les infections qui jouent un rôle prépondérant dans la genèse du syndrome.

Il existe une confusion mentale primitive qui se développe au cours et de préférence dans la convalescence des maladies infectieuses, à la suite de l'épuisement, des intoxications exogènes et surtout des auto-intoxications.

La confusion mentale secondaire s'observe à la suite des accès de manie ou de mélancolie, vraisemblablement aussi dans les formes dépressives de la folie périodique (G. Ballet), dans les délires d'emblée (paranoïa aiguë des auteurs allemands), chez les épileptiques après ou plus rarement avant les attaques, dans la paralysie générale, dans la presbyophrénie, la psychose polynévritique (forme fabulante).

Cliniquement, la confusion mentale revêt deux aspects, la forme agitée et la forme stuporeuse, la première se présente presque toujours comme une psychose hallucinatoire délirante. La seconde, tantôt consiste uniquement dans l'incohérence et la pénurie de l'idéation pouvant aller jusqu'à l'arrêt psychique, tantôt s'accompagne d'un délire intérieur très actif.

Décrite la première, en 1819 par Dupuytren (1), dans un mémoire sur les fractures du péroné, la confusion mentale agitée tomba bien vite dans l'oubli. Il faut arriver jusqu'en 1881 pour voir Lasègue (2) assi-

(1) DUPUYTREN. — Cité par Regis (*Précis de Psychiatrie : Psychopathies des traumatismes*).

(2) LASÈGUE. — Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve (*Arch. gén. de Méd.*, nov. 1881).

miler le délire alcoolique à un rêve. En 1892, Lallier (1) décrit la confusion mentale hallucinatoire aiguë comme une forme des psychoses puerpérales liées à l'éclampsie et aux accidents infectieux des suites de couches. La même année, Chaslin (2) la comprend dans sa description d'ensemble de la confusion mentale. Toulouse (3), Régis et Chevalier-Lavaure (4), puis Régis (5) seul complètent la description de la confusion mentale sous ses deux formes.

L'histoire de la confusion mentale stuporeuse est un peu plus complexe :

1° En 1820, Georget (6) décrit sous le nom de stupidité un état caractérisé par l'inertie, le mutisme accompagnant soit la suspension de la pensée, soit la confusion des idées. Il considère cet état comme une entité morbide distincte de l'idiotisme et de la démence.

(1) LALLIER. — De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches (Thèse Paris, 1892).

(2) CHASLIN. — La confusion mentale primitive (*Annales Médico-Psychologiques*, sept.-oct. 1892).

(3) TOULOUSE. — Psychoses post-influenziques et post-fébriles. La confusion mentale (*Gazette des Hôpitaux*, 30 mai 1893).

(4) REGIS et CHEVALIER-LAVAURE. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales (Rapport au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de La Rochelle, 1893).

(5) CHEVALIER-LAVAURE. — Les auto-intoxications dans les maladies mentales (Thèse Bordeaux, 1890).

(6) REGIS. — Le délire onirique des intoxications et des infections (Comm. Acad. de Médecine, 7 mai 1901 : Précis de Psychiatrie, 6^e édition. O. Doin, 1923).

(6) GEORGET. — De la folie (Paris, 1820, page 115).

2° Etoc-Demazy (1) (1833), Ferrus (2) (1838), admettent l'existence de la stupidité sous la même forme que Georget, mais le premier de ces auteurs la considère comme un symptôme pouvant se manifester dans diverses espèces de folie et lui reconnaît pour cause l'œdème cérébral.

3° Dans un mémoire intitulé « De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité », Baillargatoire et délirante à forme stuporeuse. Ce délire halger (3) décrit en 1843 la confusion mentale hallucinatoire, dont les malades peuvent rendre compte après guérison, Baillarger le compare en maints endroits de son mémoire et dans ses conclusions à un rêve; ainsi son mérite particulier est d'avoir, le premier, tracé le tableau du délire onirique. Ses malades sont pour la plupart semblables à ceux de Chaslin, Seglas, Régis. Baillarger signale, en effet, sans toutefois le mettre suffisamment en relief, l'état physique de ces malades, chez lesquels on reconnaît facilement les causes toxi-infectieuses qui déterminent le plus souvent la confusion mentale.

L'importance de son rôle dans l'histoire de la confusion mentale est absolument comparable à celui de

(1) ETOC-DEMAZY. — De la stupidité considérée chez les aliénés, recherches faites à Bicêtre et à la Salpêtrière.

(2) FERRUS. — Leçons cliniques de Bicêtre, années 1836-37-38 (*Gazette des Hôpitaux*).

(3) BAILLARGER. — De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité (*Annales médico-psychologiques*, 1848, t. I, page 76).

Morel (1), qui, en 1852-1853, signalera que « cet état singulier est parfois, chez de très jeunes sujets, la transition à une imbécillité dont les caractères viennent presque se confondre avec ceux de l'imbécillité congénitale » et donnera le premier une description à peu près complète de la démence précoce qu'il appelle encore démence juvénile.

Par contre, on a reproché à Baillarger :

1° D'avoir mis en doute l'existence de la forme simple de la confusion mentale. Il écrit en effet : « Les observations que j'ai recueillies ne me permettent point d'adopter l'opinion de Georget, de MM. Etoc et Ferrus sur l'état intellectuel des aliénés pendant la durée de la stupidité. Je n'ai rencontré aucun malade dont l'intelligence ait été suspendue. Chez tous ceux que j'ai interrogés, l'exercice intellectuel avait continué malgré l'embarras des idées et le délire offrait constamment les mêmes caractères. Plus loin, il déclare : « Outre que les faits sur lesquels on s'est appuyé pour admettre la suspension de l'intelligence chez les aliénés stupides ne sont ni assez nombreux, ni assez complets, cette prétendue suspension des facultés peut, dans certains cas, s'expliquer par l'oubli de ce qui s'est passé dans l'accès. » Mais, en 1853, Baillarger admettra formellement l'existence de rares cas où l'exercice intellectuel est suspendu.

2° D'avoir complètement assimilé la confusion mentale à la mélancolie. Sans doute Baillarger signale, et

(1) MOREL. — Etudes cliniques, 1852-1853 : Traité théorique et pratique des maladies mentales (Paris),

le fait n'est pas niable, que le délire des stupides est un délire de nature exclusivement triste, mais il s'empresse d'ajouter : « La stupidité, quoique le délire paraisse de nature exclusivement triste, ne saurait être confondue avec la mélancolie ordinaire. Elle en diffère en effet par la transformation générale des impressions, par la perte de conscience du temps, des lieux, des personnes, la suspension de la volonté et aussi par les symptômes extérieurs. La confusion mentale ne peut donc, malgré la nature du délire, être complètement assimilée à la mélancolie, mais elle ne me paraît être le plus souvent que le plus haut degré d'une variété spéciale de ce genre de folie, variété qui n'a point été suffisamment décrite et qui mériterait d'être distinguée. Et plus loin, il précise : « Il est impossible de rattacher cette forme de mélancolie à celle dans laquelle les malades sont mobiles, irritables, toujours en mouvement à la recherche de leurs ennemis et racontent à tout venant leurs maux, leurs craintes, leur désespoir. » Il est également impossible de la comparer à la seconde variété indiquée par Esquirol (1), et dans laquelle « l'immobilité du corps, la fixité des traits de la face, le silence obstiné trahissent la contention douloureuse de l'intelligence et des affections, etc. » Après avoir ainsi nettement distingué ses malades des mélancoliques anxieux et des mélancoliques stuporeux, remarque d'autant plus importante, qu'il peut exister une anxiété confusionnelle comme il existe une stupeur confusionnelle, Baillarger

(1) ESQUIROL. — *Maladies mentales* (tome I, page 414).

poursuit : « Il y aurait donc trois sortes de mélancoliques :

1° Ceux qui sont mobiles, irritables, et qui racontent à tout venant leurs maux, leurs craintes, leur désespoir...

2° Ceux qui, par suite d'idées fixes parfaitement déterminées, gardent un silence obstiné et chez lesquels tout indique l'activité intérieure de la pensée et la contention douloureuse de l'intelligence.

3° Les mélancoliques immobiles, inertes, mais par apathie, par suite d'embarras intellectuel. Ceux-ci répondent mais lentement, avec peine; il faut les exciter, ils cherchent leurs idées, répètent les questions qu'on leur fait, comme pour mieux les comprendre, enfin ils ont des illusions nombreuses... C'est cette variété de mélancolie, qu'on pourrait appeler passive, avec stupeur, avec embarras intellectuel, qui paraît être comme un premier degré de beaucoup de cas de stupidité. Chez les stupides, il y a aussi torpeur, apathie, engourdissement, oppression des forces, mais ces symptômes sont plus prononcés, les objets extérieurs sont aussi transformés, mais d'une manière plus complète; l'intelligence est plus embarrassée et les malades perdent la conscience du temps, des lieux, des personnes, etc. » Et Baillarger conclut : « Les observations de stupidité analogues à celles que j'ai rapportées me paraissent donc devoir être séparées de la mélancolie ordinaire pour former une variété tout à fait spéciale de ce genre de folie. Je ne prétends d'ail-

leurs en aucune manière étendre cette opinion à tous les faits, mais je la crois applicable au plus grand nombre. »

En définitive, il ressort de ces citations que si Baillarger sépare nettement la confusion mentale de la mélancolie avec stupeur, telle que la décrivait Esquirol, il n'établit pas de démarcation essentielle entre la confusion mentale primitive et la confusion mentale secondaire symptomatique de mélancolie.

A Delasiauve (1), antagonisme de Baillarger en 1851, revient le mérite :

1° D'avoir considéré le désordre des idées comme le symptôme primitif et fondamental de cet état qu'il appelle le premier confusion mentale. Pour lui, les hallucinations ne sauraient constituer un délire lypémanique, elles ne sont autre chose que le résultat du trouble et de l'embarras de l'intelligence. En d'autres termes, plus modernes, les conceptions délirantes et les hallucinations ne sont que des éléments surajoutés, nés de l'automatisme cérébral qu'engendre la confusion mentale.

2° D'avoir mis en relief les causes physiques de la confusion mentale, en les opposant aux causes morales de la mélancolie.

Mais il avait tort quand il niait complètement l'existence de la mélancolie avec stupeur (Chaslin).

Par la suite, comme le dit G. Ballet, la justesse des

(1) DELASIAUVE. — Du diagnostic différentiel de la lypémanie (*Annales médico-psychologiques*, 1851, tome III, p. 380).

observations de Baillarger conduisit à généraliser les judicieuses remarques de cet auteur. Au lieu de distraire simplement du groupe un peu confus des stupéurs les cas qui appartiennent légitimement à la mélancolie, on les rattacha tous à cette dernière affection. Le terme de confusion mentale proposé par Delasiauve n'entra pas dans le langage courant, mais on continua d'employer celui de stupidité dont on reconnut désormais deux formes : l'une caractérisée par la suspension plus ou moins complète des facultés, l'autre s'accompagnant d'un délire sensoriel des plus intenses. Usant alors d'une comparaison, Brierre de Boismont (1) écrit : « Cette affection peut, comme le sommeil, offrir deux états différents, dont l'un est caractérisé par la suspension complète de l'intelligence, et l'autre par l'existence des rêves. »

Finalement, à mesure que progresse la connaissance des psychoses toxiques et infectieuses, l'histoire de la confusion mentale stuporeuse se confond avec celle de la confusion mentale agitée, et dès lors est remise en honneur la conception de Delasiauve tendant à faire de la confusion mentale une affection complètement distincte de la mélancolie.

Avant d'aborder la question de la périodicité de la confusion mentale, nous devons mentionner les rémittences observées dans l'évolution des accès confusionnels. Baillarger, dans son mémoire de 1843, parle de courtes rémittences constatées par MM. Aubanel et

(1) BRIERRE DE BOISMONT. — Bibl. du Médecin Praticien (*Maladies Mentales*, t. 3, page 380).

Thore (1), ainsi que par lui-même. » Quelques malades, dit-il, sortent momentanément de leur état de stupidité et recouvrent en partie leur intelligence, ils parlent et agissent, puis retombent dans leur état de stupeur. MM. Aubanel et Thore regardent même ces rémittences comme un des caractères les plus communs de la stupidité. » Delasiauve note également que la stupidité comme la lypémanie peut être rémittente. Sauze rapporte plusieurs observations dans lesquelles les rémittences sont plus longues, ce qui lui fait dire que la stupidité peut revêtir le type intermittent. Voici l'une de ces observations :

OBSERVATION XIII

La nommée M..., âgée de vingt-deux ans, est entrée à l'Asile le 1^{er} mars 1852. Nous connaissons peu les antécédents de cette jeune fille; elle nous arrive d'un couvent de cette ville qui reçoit les domestiques sans place. C'est un enfant de la Charité du département des Basses-Alpes; elle vint à Marseille, en 1840, pour se placer en qualité de domestique. Sa maladie date de quelques jours seulement; nous ignorons quelle en a été la cause. Elle nous paraît être dans la stupidité; elle est immobile, sa physionomie est sans expression; elle parle peu. Interrogée, elle répond lentement et par monosyllabes; elle est peu active. La santé physique n'est pas mauvaise; elle ne salit pas; elle mange seule.

(1) AUBANEL et THORE. — Recherches statistiques sur l'aliénation.

Vers le milieu du mois d'avril, un changement notable s'est opéré; la figure est plus animée, elle parle davantage et semble s'occuper davantage de ce qui se passe autour d'elle, elle travaille. Quelque temps après, cette amélioration cesse; la stupeur reparait pendant quelques jours seulement. Elle revient rapidement à un état meilleur. Chaque jour amène un nouveau progrès; elle travaille avec ardeur et assiduité; elle est en pleine convalescence.

Le 24 juin, le médecin en chef fait le certificat de guérison; on la garde dans l'asile comme infirmière.

L'observation suivante, empruntée au même travail, appartient à ce que l'auteur appelle « des cas mixtes offrant à la fois et dans des proportions variables les caractères de la lypémanie et de la stupidité ».

OBSERVATION XIV

Le nommé P..., militaire, âgé de vingt-six ans, est entré à l'Asile Saint-Pierre le 4 décembre 1851. Il est chasseur au 3^e régiment d'infanterie légère; il arrive de Rome, où il faisait partie de l'armée d'occupation. Le certificat du médecin du corps nous apprend qu'il est en proie à des idées tristes, et que souvent il garde un silence obstiné; dans le principe, il y aurait eu une monomanie religieuse. On l'a fait séjourner quelque temps dans les hôpitaux de Rome, et après plusieurs traitements infructueux, on l'a dirigé sur notre établissement.

Au moment de son entrée, P... est couvert de médailles. Il ne parle pas; il reste presque constamment à la même place; sa figure exprime la tristesse la plus profonde;

il mange peu, il faut lui faire prendre la nourriture de force; il est amaigri, le teint est pâle. On l'a vu quelquefois, au milieu de la nuit, se lever et se mettre à genoux. Ferrugineux, régime fortifiant.

18 décembre. Il n'y a pas encore d'amélioration sensible. Pendant quelques jours, il nous a parlé, il nous demande sa sortie; on remarque une grande lenteur dans les réponses; la perception est difficile; il reste presque toujours silencieux; quelquefois il se promène dans la cour; il mange avec peine, l'amaigrissement persiste. On continue le régime et les ferrugineux.

27 janvier 1852. Depuis quelques jours, nouvelle amélioration. P... nous parle, il se met au travail; sa physionomie est moins sombre, son intelligence semble reprendre de l'activité.

Mars et avril. La stupidité est complète. On ne peut parvenir à lui tirer une seule parole; ses membres sont roides, comme légèrement contractés; il reste toute la journée immobile, sans changer de place; la physionomie conserve le même aspect de mélancolie, le regard est fixe et dirigé vers la terre. Cautérisé à la nuque.

13 mai. Nous soumettons P... aux affusions froides générales; ce traitement n'amène pas d'amélioration.

7 juin. Les fonctions nutritives s'exécutent mal, la langue est saburrale; il refuse quelquefois de manger. Vin de quina.

1^{er} juillet. Il se fait un changement notable. P... parle et travaille.

25. La stupidité est revenue. P... refuse de manger; la langue est épaisse et couverte d'un enduit jaunâtre. Emétique.

Ce malade nous a présenté des rémissions remarqua-

bles par leur fréquence : un jour, il parlait, paraissait lucide; le lendemain, il retombait dans la stupeur.

Aujourd'hui (septembre), son état semble s'améliorer. On continue le traitement.

Les faits comme le précédent constituent une sorte de transition pour arriver aux récidives proprement dites, par lesquelles s'affirment les relations de la confusion mentale et de la psychose maniaque dépressive. Les connexions avec la mélancolie ont été déjà longuement discutées. Chez le mélancolique l'engourdissement psychique et la douleur morale tendent à réaliser l'état confusionnel avec ou sans troubles des perceptions. Cette éventualité fréquente est celle qu'avait en vue Baillarger en disant que la stupidité n'est souvent que le plus haut degré d'une variété tout à fait spéciale de mélancolie. Il s'agit en l'espèce de confusion mentale secondaire ou de mélancolie confusionnelle. La manie peut aussi, par un processus inverse, aboutir à l'incohérence réelle des idées et revêtir la forme confusionnelle. Comme la mélancolie, la confusion mentale peut précéder la manie ou lui succéder. Assez souvent, à la suite de la manie aiguë accompagnée d'une grande agitation, on voit les malades tomber dans un état de stupidité. L'intelligence, dit Sauze (1), semble être affaiblie par la violente secousse qu'elle vient d'éprouver et le cerveau, comme usé par le surcroît d'activité auquel il a été soumis. Inversement il n'est pas rare de voir la manie succéder

(1) SAUZE. — Etudes médico-psychologiques sur la folie (Paris. Masson, 1862).

à la stupidité. Cette terminaison n'avait pas échappé à l'observation de Pinel et d'Esquirol, qui en rapportent des exemples dans leurs ouvrages. Parfois on constate une véritable alternance de la stupeur confusionnelle et de l'excitation maniaque. On peut voir aussi, dans le processus maniaco-dépressif, la confusion mentale prendre la place d'un accès mélancolique comme dans une observation de Delasiauve rapportée plus loin. Enfin la confusion mentale peut revêtir une forme intermittente comme la manie et la mélancolie, sans alterner avec ces dernières. Dans ce cas, la confusion peut survenir sans cause appréciable, comme l'excitation et la dépression intermittentes, tandis que dans d'autres circonstances, elle peut, comme ces dernières, succéder à des chocs affectifs. Nous allons d'ailleurs passer en revue ces diverses éventualités.

Un premier groupe de faits correspond aux bouffées confusionnelles mentionnées dans le chapitre précédent et caractérisées par l'apparition brusque de symptômes confusionnels, avec ou sans onirisme, coexistant avec des phénomènes d'excitation ou de dépression et évoluant rapidement vers la guérison. La huitième observation du mémoire de Baillarger représente une de ces bouffées confusionnelles développée sur un fonds dépressif. Il s'agit d'une femme de 44 ans, chez laquelle se développe pendant la période menstruelle une phase de dépression marquée par une tentative de strangulation. Très rapidement survient la guérison. Le mois suivant, la malade étant encore dans ses règles, le délire réapparaît, accompagné d'une nouvelle tentative de strangulation et suivi d'une phase

de confusion avec onirisme, qui dure cinq semaines. Nous soulignerons dans ce cas les relations des troubles psychopathiques avec la menstruation, fonction périodique. Dans l'observation suivante, la malade, dont le père mélancolique s'est suicidé par noyade, présente à la suite de surmenage, d'alimentation insuffisante, de grippe à convalescence longue et de violente frayeur causée par un incendie, une bouffée confusionnelle avec agitation et onirisme, terminée par guérison un mois après l'entrée.

OBSERVATION XV

Mlle P... Marie-Alice, entre à l'Asile le 29 avril 1935. Elle est âgée de 37 ans. Son père était un mélancolique qui s'est suicidé par immersion vers la cinquantaine. Sa mère est décédée à 60 ans de cardiopathie.

Le ménage a eu trois enfants : un fils débile mental et deux jumelles, l'une mariée et bien portante, l'autre est notre malade.

L'enfance de celle-ci s'est écoulée sans incident, mais c'était une enfant d'un caractère plutôt triste et renfermé. On la dit avare. Il y a quelques semaines, Mlle P... a contracté une assez forte grippe qui l'a laissée fatiguée et amaigrie. Depuis, son alimentation est insuffisante. Sa convalescence traînante laisse persister de la toux avec expectoration.

L'asthénie résultant de ce mauvais état physique devait, associée à la constitution dépressive de notre malade, mettre celle-ci à la merci d'un incident fortuit. La frayeur causée par un incendie déclancha, en effet,

chez elle l'éclosion de troubles mentaux qui l'amènèrent à l'Asile.

A l'entrée, Mlle P... est agitée, turbulente et désordonnée. Confuse, elle se trouve complètement désorientée, tant dans le temps que dans l'espace. Son attention est impossible à fixer; sa mémoire défaillante. Cette malade, très hallucinée, tient des propos incohérents. Elle présente de l'onirisme nocturne pendant lequel elle est en proie à des visions terrifiantes : elle voit du feu, des flammes, accuse même des visions macabres.

On porte alors le diagnostic de bouffée confusionnelle avec agitation désordonnée et onirisme terrifiant. La quinzaine note déjà une sérieuse amélioration; et dès le 21 mai 1935, la malade calme et lucide s'occupe régulièrement. Au vu de cette évolution rapide, M. le docteur Privat de Fortunié autorise la sortie pour la fin du mois; et Mlle P... sort par guérison, le 26 mai 1935.

Dans un deuxième groupe de faits, il s'agit d'accès plus longs de manie ou de mélancolie confusionnelle. Chez la première malade, dont l'observation est rapportée ci-dessous, l'accès de manie confusionnelle se développe au cours de l'évolution d'une bacillose pulmonaire avec fièvre élevée et altération profonde de l'état général, laissant craindre au moment de l'admission une issue fatale prochaine. Chez cette malade, l'existence d'un terrain maniaco-dépressif s'est révélée plus tard par le fait que sa sœur cadette est entrée deux fois à l'Asile, d'abord pour un accès maniaque, puis pour un accès dépressif. La seconde malade a présenté successivement trois accès mélancoliques, le pre-

mier et le troisième avec prédominance de symptômes confusionnels, puis trois accès de manie confusionnelle, le dernier suivi d'une phase de stupeur.

OBSERVATION XVI

Mlle J... Alice, entre à l'Asile le 9 janvier 1934. Elle a 22 ans. A ce moment, on ne relève rien de particulier dans ses antécédents; mais, deux ans plus tard, en 1936, sa jeune sœur devait présenter deux accès de psychose maniaque dépressive. A l'âge de 17 ans, Mlle J... a fait une poussée de bacillose pulmonaire évolutive. Après l'échec de la collapsothérapie, la cryothérapie amène chez notre malade une sérieuse amélioration.

Elle devait entrer à l'hôpital de Nancy le 4 janvier 1934. On note chez elle à ce moment de l'agitation psycho-motrice et une désorientation complète. Le certificat médical fourni par l'hôpital à fin de transfert signale de plus une laryngite bacillaire en évolution.

A l'entrée, Mlle J... est loquace, tient des propos incohérents, l'humeur est instable. La malade agitée, impulsive même, présente de l'insomnie, du refus d'alimentation et du gâtisme. M. le docteur Privat de Fortunié la déclare « atteinte de manie confusionnelle en rapport avec l'évolution d'une bacillose pulmonaire ». Pendant tout le mois de janvier, Mlle J... qui se présentait à l'entrée un très mauvais état général, avec hyperthermie à 40°, se cachectise de plus en plus. Les oscillations de sa température quotidienne atteignent deux degrés. Elle reste agitée et confuse, sans présenter cependant d'hallucinations apparentes.

Puis, peu à peu, l'amplitude des variations thermiques

diminue. La courbe de température se rapproche progressivement de la normale. L'état général s'améliore sous l'influence d'injections de cholestérine. Parallèlement à cette amélioration physique, celle de l'état mental se dessine : l'agitation diminue d'intensité, la confusion se dissipe.

Le 19 juillet 1934, sa sortie est demandée et Mlle J... sort le 26 juillet 1934, par guérison de son accès de manie confusionnelle.

OBSERVATION XVII

Mme M..., née L..., entre pour la première fois à Maréville le 12 janvier 1927. C'est alors une jeune fille de 19 ans.

Le père alcoolique s'est suicidé par asphyxie à 55 ans.

La mère, hypocondriaque, doit succomber plus tard lors d'une crise d'urémie. Ce ménage a eu 11 enfants, dont 3 sont morts en bas-âge de méningite, notre malade est la seconde.

Le 13 janvier 1927, dans son certificat immédiat, M. le docteur Privat de Fortunié, dans le service duquel entre cette malade, « certifie que Mlle L... est atteinte de mélancolie confusionnelle caractérisée par un ralentissement des fonctions psychiques avec désorientation, hébétude, aboulie, mutisme habituel, inertie, négativisme, scrupules, idées vagues de culpabilité, inquiétude ».

La quinzaine n'amène pas de changement; cependant, malgré cela, dès ce moment notre Maître écrit à la famille que l'affection dont est atteinte Mlle L. est de celles qui sont généralement curables. Ce n'est guère qu'au début de mars 1927 que la malade commence à sortir

de son état de torpeur. Elle est plus attentive, plus docile et s'occupe un peu, mais elle reste encore indifférente, parfois désorientée, et parle peu. Pour la fin du mois, les troubles dépressifs et confusionnels ont complètement disparu. Mlle L... cause normalement et s'occupe d'une façon régulière. Par prudence, elle est encore maintenue à l'Asile un mois pour qu'on puisse s'assurer de la stabilité de son état et, le 30 avril 1927, elle sort par guérison.

Elle rentre à l'Asile le 1^{er} mai 1928, transférée de l'Asile départemental de Seine-et-Oise, où elle était en traitement pour un accès de dépression mélancolique depuis le 10 janvier 1928. A ce moment elle est déjà en bonne voie d'amélioration et sort par guérison peu après sa quinzaine.

Cette malade nous revient le 15 novembre 1929. Entre temps, elle s'est mariée, a eu un enfant qui a alors 7 mois et qu'elle a nourri jusqu'ici. A ce moment, il y a déjà une quinzaine de jours qu'on note chez elle un état dépressif avec obnubilation. La malade instable et impulsive cherche à fuir et à frapper. C'est ce comportement qui nécessite son internement. A l'entrée, c'est une malade inquiète, ralentie, confuse et déprimée qui accuse des préoccupations mystiques, entretenues par des hallucinations visuelles nocturnes, avec syndrome d'influence : elle voit la Vierge, les saints, ceux-ci la commandent et la dirigent.

Le certificat immédiat nous apprend que « Mme L..., femme M... est atteinte de psychose périodique (troisième accès), à forme de mélancolie anxieuse avec état confusionnel, désorientation, préoccupations mystiques entretenues par des troubles psychosensoriels, subagitation, insomnie, refus d'alimentation ». La quinzaine montre

une diminution d'intensité des préoccupations anxieuses. Décembre trouve encore notre malade inerte, indifférente et ralentie. En janvier, Mme L... se lève, cause et commence à s'occuper, mais il subsiste un certain ralentissement psychique. L'amélioration se continue progressivement de jour en jour, et notre malade sort, guérie de son accès, le 23 janvier 1930.

Jusqu'ici, Mme M... n'avait présenté que des accès périodiques de mélancolie confusionnelle. Elle devait rentrer à Maréville le 20 mai 1932, avec la signature de sa constitution maniaco-dépressive. A ce moment, en effet, elle se montre avec tous les caractères de la manie confuse.

Depuis quelques jours, Mme M..., à la suite d'une grippe qui l'avait assez fortement asthénisée, faisait de la dépression mélancolique. Elle présentait des idées délirantes d'indignité, de culpabilité et du désir de la mort qui l'avaient conduite jusqu'à faire une tentative de suicide. Puis, brusquement, à cet état dépressif avait succédé une phase d'agitation extrême qui avait motivé son internement.

A l'entrée, la malade est agitée, désordonnée, turbulente et loquace. Elle tient des propos incohérents. L'attention est impossible à fixer et Mme M... ne répond pas aux questions qui lui sont posées. Elle présente le même délire mystique avec hallucinations visuelles que lors de son dernier internement. Elle accuse enfin un certain désarroi et un léger état d'obtusion. M. le docteur Privat de Fortunié la déclare « atteinte de psychose périodique, quatrième accès, caractérisé par de l'excitation maniaque atypique avec état confusionnel, délire à teinte mystique, négativisme, stéréotypies, maniérisme, anxiété par intervalles ».

Cet accès devait présenter l'évolution rapide des précédents; et, fin juin 1932, notre malade sortait de nouveau guérie.

Deux ans plus tard, Mme M... revient pour un nouvel accès de manie confuse, le 9 avril 1934. Son aspect est égaré. Elle présente une agitation extrême, ne répondant pas aux questions posées et tenant des propos incohérents. Alors qu'elle brisait tout dans son logement et qu'elle a blessé son mari à la tête, à l'Asile, l'élément confusionnel, comme le signale Mlle le docteur Cullerre qui la reçoit, est prédominant.

Fin avril, la malade présente une parotidite suppurée qui doit par deux fois être ouverte. Mais avec la terminaison de cette suppuration, qui dure un mois et demi environ, s'installe assez rapidement la guérison qui permet à Mme M... de sortir, le 31 juillet 1934.

Pour la sixième fois, cette malade revient à l'Asile le 30 juillet 1935, présentant un nouvel accès de manie atypique avec appoint confusionnel. Malgré un certain degré d'obtusion intellectuelle, Mme M... se montre, la nuit surtout, agitée, loquace, d'une turbulence allant jusqu'à l'impulsivité.

L'insomnie et le refus d'alimentation sont complets. La malade est gâteuse. Elle présente, de plus, quelques idées mystiques et les préoccupations hypocondriaques sont assez accusées.

Dès le 9 août, M. le docteur Privat de Fortunié, tout en constatant la persistance de l'agitation motrice, note son alternance avec des phases de dépression et de mutisme. C'est ainsi qu'à la quinzaine, il rédige le certificat suivant : « Est atteinte de confusion mentale périodique actuellement caractérisée par un état de stupeur avec inertie, mutisme, indifférence, inattention continue. »

Pendant trois longs mois, Mme M... devait rester confuse et déprimée. Cet état de ralentissement psychique et d'inertie étant, parfois, entrecoupé de crises d'agitation. Puis, le 7 décembre 1935, brusquement comme les autres fois, une grande amélioration se produit dans l'état de notre malade : elle se lève, cause normalement, demande à s'occuper et écrit spontanément à son mari. Cette amélioration se maintenant et même faisant de rapides progrès, Mme M... sort par guérison le 28 décembre 1935.

Chez les malades dont nous venons de parler, les symptômes confusionnels se trouvent associés aux symptômes maniaques ou mélancoliques dans une même phase de la maladie. Chez les malades formant le troisième groupe, il s'agit de confusion mentale typique, distincte des accès maniaques ou mélancoliques qui l'accompagnent. L'évolution se fait alors suivant divers modes que nous allons examiner.

1° Tantôt on voit la confusion mentale succéder immédiatement à la manie comme dans les observations IV et V rapportées par Etoc et dans celle rapportée par Sauze, à la page 52 de son mémoire, ou inversement la manie succéder immédiatement à la confusion mentale comme dans l'observation IX du même auteur. Ce couplement des accès maniaque et confusionnel reproduit celui de la folie à double forme maniaco-dépressive.

2° Tantôt le processus est analogue à celui de la folie alterne comme dans les observations VIII et X de Sauze : la première malade, à la suite d'une affection cutanée qui lui inspirait de grandes inquiétudes, pré-

sente d'abord un accès confusionnel qui dure 7 mois, puis 6 ans après et sous l'influence d'une cause morale, un délire maniaque aigu qui dure trois mois. La seconde malade présente successivement un accès maniaque qui dure deux mois, trois ans plus tard, à la suite d'un accouchement, une phase de confusion avec agitation, puis avec stupeur, qui dure huit mois, un retour à l'état normal pendant deux mois, un nouvel accès maniaque qui dure cinq mois.

3° Sauze signale qu'il a vu chez une de ses malades atteinte de manie intermittente le dernier accès être remplacé par un état de stupeur, ce qui correspond à la manie intermittente à type irrégulier.

4° L'observation qui suit, empruntée au mémoire de Delasiauve (1) sur le diagnostic différentiel de la lypémanie, présente un intérêt particulier.

OBSERVATION XVIII

Mme X... est douée d'une riche constitution. Dans une union contractée de bonne heure et heureuse à beaucoup d'égards, elle puise le germe d'une réelle amertume. Son mari, excellent homme, mais sans énergie morale, est incapable d'ajouter par son travail au modeste revenu qu'il possède. Elle demeure inféconde, et son regret de ne point avoir d'enfants est tel qu'elle consulte, sur sa

(1) DELASIAUVE. — *Ann. Méd. Psycho.*, 1851, 2^e série.

stérilité, les plus célèbres médecins. D'un autre côté, l'existence du ménage est précaire, et l'on songe à aliéner une portion d'héritage dont un vieux parent a la jouissance viagère. Mais l'usufruit qui frappe cette propriété en déprécie la valeur actuelle. Pour prévenir la nécessité d'un contrat onéreux, Mme X... sollicite de son père une assistance qui lui est d'ailleurs refusée. Le marché s'accomplit, et comme pour accroître leur chagrin, l'usufruitier meurt quelques mois après. Sur ces entrefaites, Mme X... se lie d'étroite amitié avec une famille endettée, pour qui elle a l'imprudence d'emprunter une somme dont le remboursement est ineffectué à l'échéance. On juge de son embarras.

Toutes ces tribulations avaient porté l'agitation dans son âme. Un soir, elle passe, en rentrant chez elle, auprès d'une veillée où se tient une conversation bruyante; elle écoute et entend qu'on parle d'elle d'une façon peu avantageuse. Sa nuit est mauvaise, et comme si tout se réunissait pour l'accabler, le lendemain une de ses amies l'avertit charitablement des propos qui circulent sur son compte.

C'en était trop, son cerveau, suivant ses propres expressions, se disloque : une moitié lui semble s'échapper en avant, l'autre moitié se précipite en arrière. Dès lors, ses sentiments s'exaltent. Elle se croit perdue, déshonorée, se livre à des pratiques religieuses, s'accuse même devant son mari de fautes en partie imaginaires. Quelques jours après, la manie éclate et motive la séquestration dans un asile spécial. Mme X... reste deux ans dans cette maison, en proie à une agitation interrompue par quelques intervalles demi-lucides. Sa maladie dégénère enfin en une torpeur, une nullité qui permet à sa famille de la reprendre.

A partir de cette époque, Mme X... n'est plus qu'un automate vivant. On l'habille, on la couche, on la fait manger, comme un enfant inerte. Ses traits arrêtés, son regard terne, ne révèlent aucune pensée, aucune émotion, aucun sentiment. Elle se tient, une grande partie des jours, à une même place, debout, immobile, un bras appuyé sur l'autre. Un espace de cinquante pas, dans la rue qu'elle habite, est l'invariable lieu de sa promenade favorite. Si quelque passant s'efforce de la stimuler, elle semble ne rien comprendre à ses paroles; mais sa vue l'impressionne, et si c'est une des rares personnes qui ont le privilège de lui plaire, elle sourit d'une manière niaise, s'attache à son bras, donnant un signe de regret dès qu'elle se dégage de son étreinte; elle accueille surtout les enfants par des caresses significatives, comme si son instinct prédominant avait résisté à l'engourdissement des autres facultés.

A ces seules marques se réduisaient les manifestations sentimentales. La santé physique s'était d'ailleurs, passablement maintenue; il y avait de l'embonpoint; seulement la peau, en particulier au visage, offrait une teinte bistre et livide, le ventre empâté formait un relief occasionné sans doute par l'irrégularité cataméniale et la constipation habituelle. Les jambes aussi étaient le siège d'une tuméfaction œdémateuse que justifiait la fatigue d'une station verticale prolongée.

Sept ans s'étaient écoulés; on regardait naturellement le cas comme incurable; lorsqu'une circonstance bizarre vint opérer dans l'esprit de Mme X... une modification imprévue. Son mari avait vendu à un voisin une dépendance de la maison qu'il habite. En conséquence de cette vente, un mur séparatif dut être élevé dans la cour commune

aux deux corps de bâtiments. L'aspect de cette sorte d'écran, qui limitait son horizon, choqua vivement Mme X... L'impatience qu'elle en conçut, irritée par cette sensation pénible incessamment renouvelée, donna le coup de fouet au cerveau. Une réflexion en amena une seconde, celle-ci une troisième. La nuit qui offusquait son intelligence finit par se dissiper, Mme X... s'imposait néanmoins la contrainte d'un mutisme volontaire; mais il était facile de constater par les changements organiques les progrès de la transformation morale. Une physionomie plus animée, le teint redevenu frais et rosé, la chute du ventre, l'enflure des membres inférieurs diminuée, une mimique plus expressive se traduisant par un besoin de locomotion et de communication inaccoutumée, par des gestes et des sourires sentis, en étaient les indices irrécusables. S'ouvrant enfin à quelques personnes, puis à sa famille, Mme X... avoua que depuis plus de trois mois elle était rentrée en possession de ses facultés. Son état antérieur ne lui apparaissait que comme le souvenir vague d'un demi-sommeil troublé par quelques rêvasseries.

Ce qu'il y a de merveilleux dans la guérison de Mme X... c'est qu'à part un reste d'impressionnabilité morbide, le retour à la raison fut aussi complet que possible. Tout porte à croire que ce bien-être n'eût subi aucune interruption, si de nouveaux chagrins ne fussent survenus. Mais après avoir joui neuf ans de toute son intégrité intellectuelle, une récurrence caractérisée par les mêmes symptômes d'anéantissement moral, surgit encore à la suite de vives contrariétés de famille. Cette crise heureusement eut une issue tout aussi favorable et beaucoup plus prompte que la première. Mme X... se rétablit en

moins de dix-huit mois; elle a seulement, depuis lors, la singulière obstination de ne vouloir à aucun prix mettre le pied hors de son appartement.

Dans cette observation, on voit la malade présenter successivement une phase mélancolique de courte durée, aussitôt après une phase d'agitation maniaque qui dure 2 ans, puis sans intervalle lucide une phase de stupidité qui dure 7 ans après laquelle la guérison se maintient pendant 9 ans, enfin une nouvelle phase de stupidité terminée par guérison au bout de 18 mois. L'affection évolue comme une folie circulaire jusqu'à la troisième phase, qui est une phase de stupidité remplaçant un accès mélancolique, puis à partir de cette troisième phase elle prend l'aspect d'une confusion intermittente. Le dernier type évolutif à signaler est en effet celui dans lequel on voit la confusion mentale alterner avec la manie sans intervalle lucide, réalisant le type d'une psychose circulaire, Baillarger cite un cas de ce genre : « J'ai, dit-il, dans mon service, une femme âgée de soixante-dix ans, qui est depuis plus de quinze ans à la Salpêtrière, et qui passe alternativement de la manie à la stupidité, ou de la stupidité à la manie. Je l'ai vue cinq mois de suite dans la stupeur la plus profonde, ayant les yeux largement ouverts, la physionomie hébétée, ne répondant à aucune question, ne retirant pas son bras quand on la pinçait, etc.; je l'ai vue aussi dans l'excitation maniaque. Or, son état intellectuel diffère complètement dans les deux cas : stupide, elle a des idées noires, elle voit ses parents morts, il lui semble que les objets suspendus

vont tomber, que le feu va prendre; maniaque, cette femme est plutôt gaie que triste, et n'a rien conservé des idées dont je viens de parler. » Morel (1) rapporte l'observation suivante, non moins typique :

OBSERVATION XIX

Une femme de 60 ans, qui a eu, comme nous l'avons su depuis, de violents chagrins, a été recueillie par la police dans les environs de Nancy, il y a trois ans à peu près. En présence du mutisme de cette femme, de l'égarément de ses traits, et du refus qu'elle faisait de prendre de la nourriture, l'autorité crut avec raison avoir affaire à une aliénée, et elle fut en conséquence envoyée dans notre Asile. Elle resta six mois dans un état de dépression, caractérisé plus spécialement les six premières semaines par une profonde stupeur. Elle s'achemina insensiblement vers un état meilleur, se mit à travailler avec intelligence, tout en se tenant dans une grande réserve sur le sujet de ses douleurs. La malade se prêtait à ce que l'on exigeait d'elle, et souriait à l'espoir d'une sortie prochaine. Tous les jours elle reprenait une nouvelle activité et nous pensions être en pleine voie d'amélioration, lorsque cette activité dont nous nous félicitions d'avoir ramené le retour par des moyens énergiques, revêtit un caractère nouveau par l'exagération des mouvements, par une loquacité insolite, une gaieté anormale. Ces symptômes prirent un caractère de plus en plus alarmant, et se résumèrent enfin dans un état

(1) MOREL. — Etudes cliniques (*Traité théorique et pratique des maladies mentales*, tome second, p. 273, 1853).

manique avec production des actes les plus insensés et les plus pervers. Cette malade devint pour l'établissement un sujet de désordre et absorba à elle seule une grande partie de la surveillance. Lorsque le calme renaquit, ce fut une disparition successive de tous les symptômes de perturbation générale, et la malade en revint progressivement à l'état de stupeur qui avait signalé son entrée à l'Asile. Depuis trois ans qu'elle est ici, son affection a constamment suivi la même marche, et si l'on interroge cette aliénée sur ce qu'elle éprouve dans la période de sa stupeur, elle répond « qu'elle ne souffre pas, qu'elle ne pense à rien, qu'elle voit, qu'elle entend ce qui se fait et se dit autour d'elle, mais qu'elle n'a pas le courage de remuer, qu'elle n'en a même pas le désir ». Elle n'éprouve du reste aucune vision de nature terrifiante; elle mange parce qu'on lui met les aliments dans la bouche, mais elle n'a pas plus de volonté de refuser sa nourriture que de la demander, et elle se laisserait mourir de faim sans se plaindre.

Dans les faits de ce genre, la confusion mentale ou stupidité se présente comme l'équivalent d'une phase mélancolique.

Une dernière catégorie de faits, les plus caractéristiques, sont ceux où la confusion mentale évolue sous forme d'accès intermittents, sans accompagnement de manie ou de mélancolie proprement dites. De plus, en pareil cas, il s'agit de confusion mentale simple sans hallucinations ni délire, caractérisée moins par le désordre intellectuel que par la suspension plus ou moins complète des divers processus psychiques : perceptifs, idéatifs, affectifs. C'est un état de torpeur cérébrale,

d'hypofonctionnement psychique à répétition, alternant avec des phases d'activité normale. Nous en rapporterons plus loin deux observations. Lors de son dernier séjour à l'Asile, la seconde malade passait subitement du jour au lendemain et parfois dans le cours d'une même journée d'un état de stupidité à un état de lucidité complète et inversement. Dans les deux cas, on ne saurait parler de mélancolie, puisque non seulement le délire, mais l'état affectif pénible caractéristiques de la mélancolie faisaient défaut chez ces deux malades durant leurs phases de torpeur intellectuelle et physique. Il est à remarquer cependant que le ralentissement des processus psychiques commun à la mélancolie et à la confusion mentale, est un symptôme fondamental de l'une et de l'autre comme l'exaltation des mêmes processus est le symptôme fondamental de la manie et qu'à ces symptômes se réduisent presque exclusivement les formes alternantes et les plus cycliques de la psychose maniaque dépressive. Si l'on ne peut donner le même nom aux variations du fonctionnement mental représentées d'un côté par la simple dépression mélancolique et l'exaltation maniaque, d'un autre côté, par suspension plus ou moins complète des processus psychiques et la récupération de leur activité, il est permis de voir entre ces deux ordres de phénomènes, une similitude de nature qui se traduit précisément par leur alternance respective. La constatation d'une ébauche d'excitation ou de dépression avant certains accès stuporeux vient d'ailleurs parfois confirmer cette opinion. Comme dans la psychose maniaque dépressive à crises fréquentes et

alternantes, les accès stuporeux intermittents surviennent parfois sans cause appréciable, leur début et leur terminaison sont souvent brusques, d'autre part ces accès présentent entre eux une très grande ressemblance. C'est aux cas de ce genre que nous paraît convenir le mieux la dénomination de confusion mentale simple et primitive.

OBSERVATION XX

Mme C..., née L..., entre à l'Asile de Maréville pour la première fois le 16 avril 1928; elle est alors âgée de 25 ans.

L'étude des antécédents ne nous donne rien de bien particulier, si ce n'est que son père et ses deux frères semblent quelque peu débiles.

Notre malade venue à terme a eu une enfance et une croissance normales. Elle possède une instruction primaire moyenne. Elle travaillait régulièrement à l'usine comme rattacheuse, mais depuis juillet 1927, elle se montre moins active, distraite, bizarre et même parfois irritable. Depuis trois semaines cet état s'est aggravé et Mme C... a fait quelques fugues, quittant tantôt l'usine, tantôt la maison, et cela sans aucun motif. Peu à peu elle en arrive à cesser tout travail. Elle cause à peine ou marmotte des lambeaux de phrases. Indocile et négativiste, elle s'alimente d'une façon capricieuse.

A l'entrée, nous sommes en présence d'une malade au faciès figé et inexpressif. Inertie, mutisme, indifférence, négativisme, stéréotypies, tendances à la conservation des attitudes caractérisent son état. Parfois elle rit sans motif et son comportement est empreint d'un maniérisme

puéril et béat. Quelques jours après son entrée, elle se montre gâteuse.

Cet état de torpeur intellectuelle et physique persiste jusqu'en juillet 1928. A la fin de ce mois, la malade se réveille un peu et commence à s'occuper. L'amélioration s'accroît progressivement. En septembre, Mme C... manifeste quelques sentiments affectifs et commence à s'intéresser au milieu dans lequel elle vit. Néanmoins elle reste puérile et maniérée et présente encore un certain ralentissement psychique. Enfin, en novembre 1928, on note la disparition complète des troubles confusionnels et la malade, qui s'occupe régulièrement, sort guérie de son accès le 7 de ce mois.

Le 3 mai 1934, Mme C... arrive de nouveau à l'Asile avec un certificat à fin d'admission de M. le docteur Michon constatant : « Un état d'inertie mentale absolue avec mutisme, absence de toute initiative pour les actes de la vie courante (alimentation, soins corporels). » Ce certificat signale en plus une constitution cyclothymique en notant l'existence d' « accès mélancoliques intermittents et d'accès de gaieté irraisonnée ».

A l'entrée, nous trouvons une malade inerte, dont l'attention est excessivement difficile à fixer. On constate de plus une certaine dysménie, des sourires immotivés et un marmottement inintelligible. Le diagnostic posé est celui de « bouffée confusionnelle avec obnubilation psychique, semi-mutisme, indifférence, inertie ».

Mme C... reste un mois dans cet état, puis, à la mi-juin, on constate une amélioration marquée, se manifestant par le fait que la malade, quoique encore ralentie, commence à s'intéresser à ce qui l'entoure, s'alimente bien, tient des propos pertinents, n'exprime aucune idée délirante. Cette amélioration s'accroît de jour en jour

et notre malade sort guérie de son accès le 31 juillet 1934, après un séjour de trois mois à l'Asile.

Un nouvel épisode confusionnel devait nous ramener la malade le 30 juin 1936. Les symptômes qu'elle présente à ce moment sont identiques à ceux présentés lors des deux premiers internements. Ce qui domine chez elle, c'est l'inertie psychomotrice. Présentant un mutisme absolu, un état d'obnubilation intellectuelle et de ralentissement psychique accusé, cette malade reste plongée dans l'apathie la plus complète. Une tendance à l'amélioration devait se manifester vers août 1936. La malade, plus éveillée, s'alimentait seule et commençait à s'occuper, mais marmottait à voix basse et riait sans motif. Ces symptômes nous firent supposer que cet accès serait de plus longue durée que les précédents. En effet, Mme C... retombe dans sa torpeur au début de l'année 1937; puis, brusquement, vers avril, nous constatons une légère amélioration. Notre malade, toujours ralentie cependant, s'occupe de façon régulière et chaque fois à la condition d'être stimulée. En mai, elle écrit spontanément une lettre à son mari pour lui réclamer sa sortie. Les progrès sont alors rapides, et la malade étant alors présente et lucide, nous pouvons lui poser avec fruit quelques questions sur son état antérieur. A son entrée, dit-elle, et pendant la durée de sa maladie, elle avait mal à la tête, plus particulièrement au front et au niveau de la région fronto-pariétale. Elle n'était pas triste. Rien ne l'inquiétait : elle ne croyait pas avoir commis de faute et n'avait pas peur qu'on lui fasse du mal. A noter l'absence de troubles psychosensoriels. Elle entendait bien ce qu'on lui disait, mais ne pensait à rien : ni à sa famille, ni à son ménage. Elle ne désirait rien, n'avait pas l'idée d'écrire chez elle, ni de réclamer sa sortie. Elle savait cependant

bien où elle était, mais n'y prêtait aucune attention. Le temps ne lui paraissait pas long, et si elle ne parlait pas, c'est qu'elle n'avait rien à dire. Elle n'avait ni l'idée, ni le goût du travail. Nous pouvons résumer toute cette énumération en deux mots : anidéation et inaffectivité. Petit à petit, continue-t-elle, mon état s'est modifié; le goût du travail m'est revenu; j'ai accepté le travail qu'on me proposait, sans toutefois le demander. Puis j'ai reconnu les personnes qui m'entouraient, j'ai fait attention que j'étais à Maréville, ce qui m'a fait penser à ma maison et à ma famille. J'ai eu l'idée de causer, de sortir et j'ai écrit dans ce but à mon mari.

Peu de temps après, la sortie est demandée et le 30 juin 1937, Mme C... quitte l'Asile complètement guérie.

OBSERVATION XXI

Mme D..., née C..., Andrée-Marie, entre à l'Asile pour la première fois le 7 décembre 1926. Elle est alors célibataire et a 20 ans.

Les antécédents héréditaires de cette malade ne présentent rien à relever si ce n'est que son père est décédé à 44 ans d'une attaque d'apoplexie.

Fille unique, notre malade vint à terme normalement, mais sa mère ne put la nourrir. Elle présentait une luxation congénitale de la hanche dont on commença la réduction par appareils plâtrés dès qu'elle eut atteint l'âge de 18 mois. A 8 ans, Mme D... fait une diphtérie. Régler tardivement, elle était d'un caractère plutôt gai. Cependant lors des dernières années qui précédèrent son internement, notre malade présenta des périodes de dépression immotivées.

Les troubles psychopathiques débutèrent brusquement, une huitaine de jours à peine avant son entrée à l'Asile, par un état de confusion hallucinatoire. Mme D... se relevait la nuit pour crier; son agitation était continue, elle présentait des troubles psychosensoriels surtout visuels. L'insomnie était accusée, elle s'accompagnait de fugues. Mme D... était plongée dans un état de désarroi et de confusion profonde, mais elle ne présentait aucune idée délirante. A l'entrée, c'est une malade ralentie et désorientée, présentant des troubles de la mémoire et de l'attention et quelques signes de discordance. M. le docteur Privat de Fortunié, dans le service duquel elle entre, rédige alors le certificat immédiat suivant : « Est atteinte de troubles psychopathiques caractérisés par un état de torpeur intellectuelle avec apathie, affaiblissement de l'attention, négativisme, refus partiel d'alimentation, mutisme habituel, rires sans motif apparent, attitudes stéréotypées, impulsivité. » La quinzaine confirme surtout le caractère confusionnel des troubles psychopathiques de notre malade et note l'atténuation de l'indifférence affective, du négativisme et des stéréotypies.

L'amélioration se continue progressivement pendant les mois qui suivent. Mme D... se montre plus attentive, moins apathique, plus facile à diriger et à alimenter. On peut la lever dès la fin de janvier 1927. Mais, si cette malade s'occupe avec beaucoup d'application, elle reste ralentie et on doit la stimuler constamment.

Une rechute devait venir interrompre les progrès faits par notre malade et, en mars 1927, elle ne s'occupe presque plus, se montre indocile et capricieuse, parfois impulsive. L'alimentation est de nouveau difficile. Cet état cependant s'améliore lentement. Dès le mois de mai, Mme D... se montre calme et docile. Elle est attentive à

ce qui l'entoure et s'intéresse à sa famille. Son travail est de nouveau régulier. Elle sort très améliorée le 30 mai 1927.

Cette amélioration devait se continuer dans sa famille et aboutir à une guérison complète qui permit à notre malade de se marier. Une grossesse pénible et un allaitement fatigant facilitèrent chez cette personne la réapparition du syndrome confusionnel antérieur, et Mme D... réintégra l'Asile le 18 juillet 1929. Ce second internement ne devait, comme le précédent, qu'être de courte durée : 6 mois environ. Mais tandis qu'en 1926, nous avions vu, chez cette malade, prédominer et évoluer avec une intensité variable surtout le symptôme confusion, en 1929, Mme D... présenta d'une façon continue un état de torpeur intellectuelle marquée qui, jointe à d'autres symptômes de la série catatonique, firent longtemps porter un pronostic défavorable.

A son entrée, en effet, en plus de la torpeur intellectuelle et de la difficulté concomitante de l'alimentation, on constate chez elle de l'apathie, de l'indifférence émotionnelle et affective, du négativisme avec mutisme habituel, des stéréotypies nombreuses et des rires explosifs immotivés. Cet état s'aggravant de plus en plus, vers la fin de l'année 1929, un bulletin de santé adressé à la famille note de la stupeur catatonique et exprime la crainte d'un passage à la chronicité. Puis, alors que le 17 décembre 1929 on croyait à l'existence d'un affaiblissement des facultés affectives et intellectuelles peu susceptible de rétrocéder, brusquement, le 8 janvier 1930, à 13 heures, Mme D... sort de sa torpeur et réclame du travail. Le 10 janvier, elle écrit à sa famille. Ce changement brusque et inopiné de l'état mental de notre malade se maintenant, on put alors l'interroger avec profit. Son récit, que

nous rapportons textuellement, dépeint, semble-t-il, fidèlement sa torpeur antérieure et son réveil subit.

« Quand j'étais au lit, dit-elle, je ne comprenais pas ce qu'on me disait, je n'y faisais pas attention. Il semblait que les paroles s'adressaient à une autre personne. J'avais de violents maux de tête et souvent je ne pensais à rien; je ne cherchais pas à comprendre ce qu'on me disait. Quand on me faisait descendre, je marchais comme un automate, je m'asseyais sur un banc de la cour, je me mettais la tête dans les bras, je fermais les yeux et restais insensible à tout ce qui se passait autour de moi. Je n'avais plus de courage, plus de volonté, plus de force. » Puis elle parle de sa guérison : « Il y a eu mercredi huit jours, après avoir pris un bain dans l'après-midi, je me suis rappelée que la surveillante m'avait proposé du travail, j'en ai demandé, la présence d'esprit m'étant revenue brusquement, et je me suis mise à l'ouvrage. J'ai pensé à tout le monde et le goût de la vie m'est revenu. » Et elle ajoute : « J'ai l'impression que la première fois que je suis venue ici, j'étais plus malade, je ne me rendais compte de rien, j'étais comme dans un rêve, je n'avais plus la notion des choses. »

Cette amélioration se maintenant, Mme D... sortit par guérison le 31 janvier 1930.

Elle devait revenir au service le 25 février 1932. Pendant les deux ans qu'elle était restée chez elle, cette malade avait présenté presque mensuellement des accès dépressifs de courte durée, avec découragement et fatigabilité extrêmes qui la forçaient à garder chaque fois le lit quelques jours. De plus, depuis une dizaine de jours avant son entrée, elle souffrait de céphalées rebelles en casque. Un choc émotionnel : un incendie survenu dans l'usine qu'elle habitait, devait favoriser chez elle l'éclo-

sion de nouveaux troubles confusionnels. Le lendemain en effet de cet incident, notre malade avait refusé de se lever. Elle était triste, présentait des vertiges et des cauchemars. Depuis ce moment, l'insomnie était complète et la malade avait des visions de feu et de flammes. Notre Maître, M. le docteur Privat de Fortunié, qui la reçoit, libelle alors, le 24 heures suivant : « Déjà traitée deux fois dans le service pour confusion mentale avec stupeur, présente actuellement des troubles psychopathiques caractérisés par des phases de torpeur physique et intellectuelle avec apathie, mutisme, aboulie, entrecoupés de phénomènes d'excitation, loquacité, chants, désordre des actes. Depuis son entrée, la malade est calme, mais obnubilée, dysmnésique, fatigable, se plaint de céphalées et ne dort pas. En partie consciente de ces troubles, elle-même a réclamé son placement qui est justifié. »

Une assez longue phase de torpeur devait, deux jours après son internement, s'emparer de cette malade et durer jusqu'en avril 1932. A ce moment, on constate chez elle quelques éclaircies de courte durée, pendant lesquelles Mme D... se trouve lucide et présente. Deux fois pendant le mois d'avril, notre malade sort de son état confusionnel pour y rentrer rapidement de nouveau. Le 28 mai, à nouveau, Mme D... est lucide, bien orientée et ne présente aucun phénomène confusionnel. On constate alors la façon brusque et rapide dont cette malade passe sans transition de la stupeur à l'état normal. Le 29 mai, et d'une façon aussi subite, elle retombe dans son état stuporeux antérieur. Ces alternatives de stupeur et de lucidité se succèdent jusqu'en janvier 1933. Durant cette période, le rythme de succession de ces états contraires est très rapide : les accès de stupeur se succèdent tous les 48 heures et durent de 12 à 24 heures pendant

lesquels la malade reste dans l'inertie avec mutisme et suspension des fonctions intellectuelles. Mme D... d'ailleurs se rend très bien compte de son état. Elle sait que d'un moment à l'autre, au cours d'une même visite, son état peut varier. Aussi profite-t-elle des moments où elle est lucide pour faire sa correspondance et s'occuper de ses petites affaires. De même qu'elle retombe sans cause apparente et sans transition dans la stupeur la plus complète; de même, dans ses moments de lucidité, elle se trouve en possession de toutes ses facultés intellectuelles.

C'est au cours d'une de ces rémissions que Mme D... quitte le service, le 9 février 1933, réclamée par sa famille.

Une lettre du mari à notre maître, M. le docteur Privat de Fortunié, en date du 12 juillet 1937, est venue nous renseigner sur l'évolution de la maladie jusqu'à ce jour. Dix-huit mois après sa sortie, Mme D... devait présenter, tant en novembre 1934 qu'en décembre 1934, une courte période confusionnelle d'une huitaine de jours chaque fois. Un an après, en novembre 1935, elle rechutait et restait quatre semaines alitée. Puis notre malade reprit une vie normale jusqu'au mois d'août 1936, date à laquelle survint une nouvelle période confusionnelle sensiblement plus longue que les précédentes et d'une durée de trois mois. Actuellement, enfin, rechute depuis quelques semaines.

Deux faits signalés par le mari sont à retenir : le premier est que Mme D... est tout à fait normale dans les intervalles de ses périodes confusionnelles. Le second, très intéressant au point de vue pathogénique, est que chaque épisode confusionnel semble précédé de manifestations maniaco-dépressives à l'état d'ébauche, caracté-

risées tantôt par de l'irritabilité, des chants, des cris, tantôt par de la dépression et des pleurs.

Dans l'ensemble, le cycle pathologique chez Mme D... comprend trois stades : le premier marqué par un accès de confusion mentale hallucinatoire typique, le second représenté par une longue phase de confusion mentale simple, le troisième caractérisé par une série d'accès stuporeux d'abord très rapprochés, tendant ensuite à s'espacer depuis 1933.

Mentionnons en terminant que Pilez (1) a décrit sous le nom de confusion mentale périodique des accès confusionnels hallucinatoires avec agitation vive se manifestant surtout par des signes d'irritation élémentaire de la motilité : impulsions violentes, mouvements choréiformes, trismus, grimaces, quelquefois automatisme moteur. Les hallucinations multiples et généralement terrifiantes présentent souvent les caractères typiques des psychoses épileptoïdes (feu, sang, meurtres, bêtes féroces, spectres, sorcières, l'enfer, le jugement dernier, etc.). L'accès débute par un court état prémonitoire d'inquiétude, d'angoisse, des symptômes somatiques très frappants (douleurs émanant d'une cicatrice, névralgies, syndromes pupillaires). La durée est d'une ou deux semaines. Après guérison, il y a souvent, mais non toujours, amnésie plus ou moins complète; souvent les accès se succèdent à la manière des séries. Pendant les intervalles les malades présen-

(1) PILCZ. — Psychoses maniaques dépressives et périodiques (Traité international de psychologie pathologique publié sous la direction de A. MARIE. Tome II. Alcan, 1911).

tent fréquemment l'état mental habituel typique des épileptiques; aussi la combinaison avec les attaques du haut mal n'est-elle pas rare. En somme, il s'agit de confusion mentale périodique en rapport avec l'épilepsie plus ou moins caractérisée.

LES SYNDROMES SCHIZOPHRÉNIQUES FUGACES OU RÉGRESSIFS

La notion de schizophrénie a suivi de loin l'identification de la démence précoce. Celle-ci a été décrite pour la première fois par Morel dans ses études cliniques (1852-1853) à propos de la stupidité ou confusion mentale. Après avoir tracé l'évolution de la maladie en indiquant les symptômes les plus caractéristiques, Morel ajoute : j'ai pensé que l'on pouvait partager ces malades en deux catégories distinctes :

1° La première renferme ceux qui sont nés avec des dispositions congénitales vicieuses. Ils comptent souvent parmi leurs ascendants des individus qui ont été épileptiques ou affectés d'une névrose spéciale; d'autres qui, sans avoir souffert d'une maladie nerveuse bien caractérisée, étaient des êtres dépravés, ivrognes, vicieux, criminels, ou s'étant signalés par des passions honteuses, ainsi que par les comportements de leur caractère. L'évolution des sentiments et de l'intelligence chez des enfants nés dans des circonstances pareilles, ne s'est opérée qu'au milieu des conditions les plus malheureuses. Ils portent virtuellement en eux les germes de la maladie dont ils seront atteints plus

tard... On remarque chez ces enfants une faiblesse intellectuelle native; ou bien s'ils montrent des dispositions précoces et une certaine activité dans l'esprit, ces facultés sont facilement obscurcies par les maladies intercurrentes. Ces maladies agiront d'une manière d'autant plus funeste qu'elles s'attaqueront plus spécialement au système nerveux. Il n'est pas rare de voir un premier accès de manie ou de lypémanie être remplacé par un état de stupidité, d'hébétude, d'imbécillité...

2° Dans la deuxième catégorie sont compris ces malades qui, sans être complètement soustraits aux influences héréditaires, paraissent cependant avoir été soumis à des influences d'un autre ordre, qui toutes, à des degrés variés, ont le triste privilège d'égarer la raison, d'amener un affaiblissement progressif de l'intelligence, avec production des phénomènes de stupidité intercurrente... En dehors des éléments héréditaires, les causes dont nous parlons puisent leur action désorganisatrice dans des excès précoces, vénériens, onanistiques et autres, dans l'abus des boissons, dans une fausse direction imprimée à l'intelligence. Certaines maladies semblent avoir une action pour ainsi dire spécifique sur la libre manifestation de nos actes; je veux parler de la fièvre typhoïde, de la phthisie, des scrofules, dont la diathèse agit d'une manière fatale sur la constitution des jeunes filles, en contrariant le développement de la puberté. Après avoir en plus signalé l'influence des névroses comme la danse de St-Guy, des états anémiques d'origines diverses, des

traumatismes craniens, Morel conclut : « Chez les malades dont l'affection est déterminée par les diverses causes que nous énumérons, la transition à la démence s'opère parfois avec une extrême facilité. Il n'est pas rare de voir cette transition signalée par un anéantissement complet de toutes les forces intellectuelles et physiques dont la stupidité avec excitation périodique et tendances bizarres et dépravées est un des symptômes caractéristiques.

Ces citations montrent le rôle important attribué par Morel, en dehors de l'hérédité, aux excès de toutes sortes, à l'épuisement, aux infections et en particulier à la tuberculose. Ainsi cet auteur a non seulement précisé les caractères cliniques de la démence précoce, mais il en a nettement indiqué les conditions étiologiques. La conception de Morel reconnaissant deux types de démence précoce, l'un surtout constitutionnel, l'autre surtout accidentel, a été reprise longtemps après par Régis qui distingue pareillement deux formes étiologiques : 1° la démence précoce dégénérative essentiellement constitutionnelle; 2° la démence précoce post-confusionnelle, en grande partie accidentelle.

Entre temps, Kraepelin avait tiré de l'oubli cette affection qu'il considérait non plus comme un état secondaire, mais comme un trouble primitif de l'intelligence, une entité nosologique, une démence acquise. Mettant à profit les études de Kahlbaum (1863) et de son élève Hecker (1871) sur l'hébéphrénie, processus morbide qui survient à l'époque de la puberté, entrave le développement ultérieur de l'intelligence et se ter-

mine rapidement par la démence après des phases successives d'excitation et de dépression; celles de Kahlbaum (1874) sur la catatonie, affection qui survient en général à un âge un peu plus avancé que la précédente, s'accompagne toujours de troubles moteurs à caractère spastique et ne se termine pas comme l'hébéphrénie fatalement par la déchéance plus ou moins complète des facultés. Kraepelin distinguait, un peu avant l'année 1900, quatre formes de démence précoce :

- 1° Forme simple.
- 2° Forme hébéphrénique.
- 3° Forme catatonique.
- 4° Forme paranoïde ou délirante.

Le rattachement de cette dernière à la démence précoce fut dès le début très discuté. En juin 1912, Kraepelin (1) lui-même séparait de la démence précoce les psychoses paranoïdes pour les placer dans un groupe nouveau, celui des paraphrénies.

L'année précédente avait paru le livre de Bleuler (2), qui substitue au terme de démence précoce celui de schizophrénie, s'appuyant sur une analyse plus pénétrante du psychisme de ces malades et repré-

(1) KRAEPELIN. — Discours prononcé le 29 juin 1912, au Congrès des Médecins aliénistes de Bavière (*V. Zeitschrift f. d. g. Neurologie und Psychiatrie Originalien*, XI, p. 617).

(2) BLEULER. — *Handbuch de g. Aschaffenburg* (Leipzig. Ed. Se Sticke, 1911. *Di Dementia proeco*).

sentant une conception beaucoup plus vaste. La schizophrénie décrite par Bleuler comprend à la fois des symptômes cardinaux et des symptômes accessoires (1).

Les symptômes cardinaux sont :

1° Un trouble particulier de la pensée caractérisé par un relâchement (Lockerung) des associations habituelles.

2° L'irrégularité des réactions affectives. Le schizophrène a un comportement tantôt adéquat, tantôt inadéquat aux circonstances. Chez lui souvent, deux sentiments opposés colorent la même représentation mentale (ambivalence).

3° L'autisme caractérisé par ce fait que les malades rompent avec la réalité et ne vivent plus que d'une vie intérieure purement imaginative. L'autisme, la perte de contact avec le monde extérieur, la tendance à la rêverie, qui caractérisent la constitution schizoïde, ont pour conséquence directe la dissociation psychique, la discordance, la désadaptation sociale.

Les symptômes accessoires ou contingents sont :

1° Les hallucinations et les idées délirantes. Les premières consistent surtout en hallucinations psychiques (arrêt de la pensée, pensées imposées) et en hallucinations cénesthésiques (on les électrise, les bat, les brûle, les coupe en morceaux, les viole, etc.). Les idées déli-

(1) BLEULER. — La schizophrénie (Rapport au congrès des Médecins aliénistes et neurologistes. Genève-Lausanne, 1926).

rantes incohérentes sont représentées le plus souvent par des idées d'influences étrangères. Le contenu des hallucinations et des idées délirantes est déterminé en dehors des états crépusculaires graves de nature catatonique par les désirs et les craintes du malade. Certains de ces désirs et de ces craintes ont été refoulés suivant un mécanisme freudien et sont par conséquent inconscients. La grande majorité des désirs sexuels est exprimée d'une façon symbolique.

2° Les symptômes catatoniques, la catalepsie, la stupeur.

3° Les hypercinésies, les stéréotypies, le maniérisme, le négativisme.

La schizophrénie comprend tous les degrés qui vont insensiblement de l'état normal jusqu'aux formes les plus graves de démence, de confusion ou de catatonie. Les formes paranoïdes sont en général des formes plus légères de la même maladie. Toutes les nombreuses tentatives faites en France et à l'étranger pour séparer les formes paranoïdes de l'ensemble du groupe ont entièrement échoué; même la paraphrénie de Kraepelin a subi le même sort, car M. Meyer a constaté que les trois quarts des paraphréniques de Kraepelin étaient, neuf ans plus tard, devenus des schizophrènes avérés.

On trouve chez les schizophrènes, avant l'éclosion manifeste de l'affection, ainsi que chez les membres de leur famille, des particularités de la manière d'être bien caractéristiques, qui sont exactement de même nature que les symptômes d'une schizophrénie mani-

feste. Nous désignons, dit Bleuler, l'ensemble de ces particularités du nom de schizoïdie. Là où elles dépassent les limites du normal sans qu'il puisse être question d'un processus morbide en voie d'évolution, nous parlons de schizopathie. Là, enfin, où le processus cérébral se produit, il s'agit de schizophrénie.

Tant que la schizophrénie reste latente, dit encore Bleuler, elle est étiquetée d'habitude comme dégénérescence. Les bouffées délirantes de Magnan, ajoute Bleuler, se rencontrent aussi bien chez les schizophrènes que chez de simples dégénérés. La présence des caractères d'un processus schizophrénique permet de les reconnaître comme schizophréniques, tandis que l'absence de ces signes n'exclut point de diagnostic. Pratiquement aussi, déclare Bleuler, il est parfois difficile de faire le départ entre la schizophrénie et les névroses. Les symptômes hystériques, neurasthéniques, obsessionnels, en un mot tous les symptômes névrotiques peuvent se rencontrer au cours d'une schizophrénie. Ceci est d'une grande importance, tant au point de vue pronostic et traitement que sous le rapport du diagnostic. Bleuler signale enfin la coexistence possible chez le même individu des facteurs schizoïdes et des facteurs maniaco-dépressifs d'ordre constitutionnel.

Etant donné les bases prises par Bleuler pour caractériser la schizophrénie, le domaine de cette dernière est forcément très étendu. Le relâchement dans l'association des idées est, comme le dit M. Anglade (1),

(1) ANGLADE. — Discussion des rapports de MM. BLEULER et CLAUDE (Congrès de Genève-Lausanne, 1926).

un symptôme commun à la majorité sinon à la totalité des maladies mentales. L'irrégularité des réactions affectives se rencontre elle aussi dans des états mentaux très divers. Le meilleur des trois signes cardinaux est l'autisme, encore ce syndrome d'intériorisation se manifeste-t-il en dehors de la schizophrénie proprement dite : dans la psychasthénie, dans l'hystérie, dans la psychose maniaque dépressive. En effet, les variations de l'humeur spontanée (psychose maniaque dépressive vraie) ou provoquée (mélancolie affective) donnent naissance à des reploiements de l'individu sur lui-même, à un détachement de la réalité, dont le caractère transitoire prouve bien qu'il ne s'agit pas là de quelque chose de constitutionnel (Courbon) (1), D'autre part, comme le dit M. Anglade, on prête à beaucoup de schizophrènes un labeur psychique intérieur qu'un petit nombre d'entre eux accuse effectivement à un degré très net.

On voit de même chez beaucoup d'hébéphréno-catatoniques la maladie survenir indépendamment de toute notion de constitution psychopathique particulière, de tout élément affectif reconnu, d'une hérédité similaire constante. C'est ce qui a déterminé le professeur Claude (2) à soutenir la dualité des états démentiels précoces et des schizophrénies. Cet auteur réserve le nom de démence précoce à une insuffisance psychi-

(1) COURBON. — Discussion des rapports de MM. BLEULER et CLAUDE (Congrès de Genève-Lausanne, 1926).

(2) CLAUDE. — Démence précoce et schizophrénie (Rapport au congrès des Médecins aliénistes et neurologistes. Congrès de Genève-Lausanne, 1926).

que primitive survenant chez des sujets jeunes et se caractérisant assez vite par un affaiblissement global progressif des facultés intellectuelles, avec prédominance sur certaines d'entre elles. Ce tableau qui est réalisé, dit le professeur Claude, beaucoup plus rarement que la forme schizophrénique, donne l'impression à l'observateur de se trouver en présence d'une maladie organique dont la spécificité ne peut toutefois être affirmée par un groupement symptomatique en rapport avec des lésions à caractère bien tranché, par des réactions humérales distinctes et un agent pathogène reconnu, faisceau de faits d'ordre clinique, biologique, anatomique, donnant une autonomie indiscutable à cette maladie. Il semble seulement qu'à l'origine de cette démence précoce, on trouve fréquemment un état d'épuisement nerveux, expression d'une usure fonctionnelle ou d'un état abiotrophique et qu'à cette fragilité s'ajoute dans certains cas un élément infectieux ou toxique. Ces caractères se rencontrent dans les formes hébéphréno-catatoniques et aussi dans certaines formes paranoïdes qui, s'accompagnant très rapidement de symptômes de la série catatonique, appartiennent de droit à la démence précoce.

Par contre, la schizophrénie paraît résulter d'un processus psychogène prenant son origine dans une constitution schizoïde antérieure ou dans des complexes affectifs refoulés suivant un mécanisme freudien. Les troubles fondamentaux sont non la démence vraie, mais la dissociation psychique, les troubles de l'affectivité, la perte du contact avec le monde extérieur. Dans l'apparente incohérence des propos, il est

possible de retrouver le fil conducteur d'un thème unique relié à un complexe affectif que révèle l'anamnèse, certains procédés d'exploration (éthérisation, psychanalyse). A cette question de la schizophrénie se rattache l'étude des psychoses paranoïdes proprement dites, qui dans la conception de Bleuler comme dans celles de Kraepelin se différencient des formes démentielles véritables.

En cours d'exposé de sa conception dualiste, le professeur Claude déclare : « Nous ne nous refusons pas à admettre qu'il existe un grand nombre de faits intermédiaires et que la démence précoce et la schizophrénie proprement dite seront peut-être considérées comme les deux formes d'une maladie variable dans sa symptomatologie et son évolution suivant certaines conditions d'hérédité, suivant surtout l'importance de l'élément organique ou de l'élément psychogène .»

Incidemment, nous avons eu l'occasion de mentionner que les symptômes cardinaux aussi bien que les symptômes accessoires de la schizophrénie peuvent coexister avec ceux d'autres états psychopathiques constituant ainsi des formes atypiques complexes qui sont elles-mêmes susceptibles de guérison et de récédive. Même s'ils doivent aboutir plus tard à la schizophrénie véritable, ces cas n'en méritent pas moins d'être différenciés sous le nom de syndromes schizophréniques fugaces ou régressifs.

La plus fréquente de ces associations est celle de la schizoïdie et de la psychose maniaque dépressive. Trois éventualités sont possibles, dit Bleuler, là où des facteurs schizoïdes et des facteurs maniaques-dépressifs,

d'ordre constitutionnel, coexistent chez le même individu :

1° Apparition d'accès maniaques-dépressifs à teinte schizoïde. Dans ce cas, ajoute Bleuler, il n'existe pas de processus schizophrénique, ni par conséquent d'état démentiel. Ce sont, dit Masselon (1), des cas atypiques de folie intermittente simulant la démence précoce mais qui, en général doivent être soigneusement distingués, car à aucun moment de leur évolution, ils n'aboutissent à la démence. En pareille circonstance, dit M. Seglas (2), il peut s'agir d'états maniaques frustes ou atypiques ou bien de ces formes complexes dites états mixtes ou bien encore d'accès maniaques tirant leur particularité du fond de débilité mentale sur lequel ils sont développés.

2° Apparition d'une schizophrénie présentant quelques signes maniaco-dépressifs (Bleuler). Ce sont des cas de démence précoce à évolution périodique; ces états qui, au moment des accès, peuvent présenter des symptômes communs à la démence précoce et à la psychose maniaque dépressive, n'admettent jamais ou presque jamais le retour à la normale, et laissent rapidement apparaître un déficit mental appréciable (Masselon). Dans ces cas, dit M. Seglas, la démence précoce emprunte à la psychose maniaco-dépressive ses moda-

(1) MASSELON. — Les voies d'invasion de la démence précoce (*Encéphale*, n° 4, avril 1914).

(2) SEGSLAS. — Discussion de la communication de M. TRUELLE : Folie intermittente simulant la démence précoce (*Soc. Clin. de Méd. Ment.*, mars 1920).

lités évolutives et procède par poussées séparées. Sous une forme plus atténuée, ces états semblent correspondre à la schizomanie décrite par le professeur Claude. « La schizomanie, dit-il, se traduit par la tendance invétérée, quasi impulsive, obéissant à une force irrésistible de certains sujets à dissocier leur personnalité suivant un type conforme à certains complexes affectifs, c'est la propension habituelle des sujets à se renfermer dans leur autisme quand ils ne peuvent s'adapter à la situation, à la réalité. Elle peut d'ailleurs s'extérioriser par bouffées plus ou moins durables, analogues aux accès maniaques, mais s'en distinguant radicalement par le comportement habituel du sujet et les caractères du trouble mental : schizomanie périodique. »

3° Coexistence simultanée des deux affections soit que l'une déclanche l'autre, soit qu'elles se manifestent indépendamment l'une de l'autre. Chez de tels malades, dit Bleuler, nous voyons alors se succéder des accès maniaques dépressifs et des poussées schizophréniques. Il est intéressant de signaler que l'association des deux affections peut, dans certains cas, être tellement intime qu'elle se transmet comme telle de génération en génération, formant ainsi une véritable entité héréditaire (Mme F. Minkowska).

Il se peut de plus, ajoute Bleuler, que certains états maniaques et surtout mélancoliques ne soient que des manifestations directes d'un processus schizophrénique.

Il existe, dit Masselon, des états, très difficiles à clas-

ser dans l'état actuel de nos connaissances, caractérisés par la succession d'accès simulant la démence précoce, mais entrecoupés par des phases de lucidité complète, et qui cependant aboutissent à la démence.

Parmi les cas où se produisent non pas seulement des rémissions courtes et incomplètes, mais de véritables intermittences de plusieurs années, les uns, dit M. Seglas, présentent dès leur premier accès certains traits éveillant déjà l'idée d'une démence précoce probable; d'autres au contraire, d'apparence maniaque plus classique finissent pas se révéler 10 ou 15 ans après comme des démences précoces. Ajoutons que parfois le concours de la tuberculose n'est pas étranger à l'évolution des accès maniaco-dépressifs vers la démence.

L'observation qui suit répond à la première catégorie de faits que nous venons de passer en revue. Il s'agit d'une malade présentant un accès d'excitation maniaque atypique dès le début et chez laquelle les symptômes schizophréniques se précisèrent par la suite au point de faire admettre ce dernier diagnostic. Une quinzaine de jours avant sa sortie, cette malade adressait à sa famille une lettre dans laquelle se manifestaient tous les caractères des schizophrènes : incohérence des idées, anomalies affectives, stéréotypies, affectation du style. Tous ces symptômes qui se traduisaient également dans les propos et l'attitude de la malade disparurent brusquement et complètement, ne laissant aucun doute sur le retour à l'état normal, qui s'est d'ailleurs maintenu après la sortie, qui remonte à 9 ans.

OBSERVATION XXII

Mlle L... Gabrielle-Clémence, entre à l'Asile le 20 juin 1928. Elle est alors âgée de 25 ans.

Dans ses antécédents, nous relevons seulement que sa mère était nerveuse. Elle eut quatre enfants : un fils décédé à sa naissance après un accouchement laborieux compliqué d'éclampsie, un autre enlevé à huit mois de méningite, un fils bien portant âgé actuellement de 15 ans et notre malade.

Mlle L... a toujours été un peu nerveuse, ce qui ne l'a pas empêchée de mener jusqu'ici une vie normale. Ce n'est que depuis quinze jours avant son entrée, qu'à la suite d'un choc émotif provoqué par le fait qu'on médissait d'elle, qu'elle s'est mise brusquement à présenter des réactions anormale.

À l'entrée, c'est une malade agitée, turbulente et grossière, tenant des propos incohérents, entrecoupés de cris et de chants. Loquace, elle présente de la fuite des idées et des stéréotypies sous forme de persévération. Cette malade est, de plus, mal orientée.

M. le docteur Privat de Fortunié, qui la reçoit, rédige le certificat immédiat suivant : « Est atteinte de manie confusionnelle caractérisée par de l'agitation motrice avec désordre des idées, cris, chants, turbulence nocturne, insomnie, refus d'alimentation, impulsions à la violence ». La quinzaine la trouve dans le même état.

Pendant trois mois, de juillet à fin septembre 1928, elle reste dans le même état d'agitation à type maniaque, mais à partir d'octobre, l'excitation décroît sans que la lucidité revienne. Au contraire, la malade se montre de plus en plus puérile, maniérée, discordante, stéréotypée, distraite, indifférente, rit sans motif apparent, se livre à

des actes automatiques, déchire ses vêtements et les jette par-dessus le mur de la cour. Elle écrit à sa famille des lettres où se manifeste un état de dissociation psychique, comme la suivante, dont nous respectons l'orthographe et la ponctuation :

Dimanche-Octobre 1928

Biens chers parents,

Je me confesse tous les jours; je m'ennuie tous les jours...? Comme les demoiselles bien élevées des grand'messes lointaines. Le Docteur qui m'a vaccinée à dit? la Nature et les oiseaux ne se confondent pas chez les incroyants qui construisent des Châteaux Féodaux.

Avouez mes honoraires sont très rapprochées mes fleurs sont les mêmes, et les discours Très nombreux, comme les locations des anciens cachots.

Adieu 1^{er} janvier 1928.

Vivre un programme dessous la Terre ou noyau Central. Ce serait peut être réveillés des vieux Jeux.

Avouez et aimez les uns pour les autres voila mon nouveau Dé fondu je perds des aiguilles et j'aime la Politesse.

Achetez et aimez moi c'est le Respect qui vous Rapporte le silence et la Pose qui La Taxe des grands rapports dans veillées Ténébreuses et toujours très frileuses je vous confie mon livre et mes grands Aiguilleurs aux Vêpres des Jours Célestes je prie comme tous les jours des heures des yeux fermés?. Sur moi je me reprends tous les vers et les poèmes sont des heures heureuses comme on aime les malades et les Bonnes œuvres

Un million de baisers à partagés + en poignées + nom-

breuses + vers la + gare + de Bar + sur le Bacq/assom-
bris ou les sont les Actions.

Votre brune Gaby

Dans une autre lettre datée du 8 décembre, elle écrit à ses parents entre autres incohérences :

« Ma pauvre Affreuse Tête est trop consalituée pour que mon œil de Roses je sois toujours à vous ! Mon accent est tellement accentué que je serais plutôt la mort et la Mitrailleuse que Rougir toujours sans Toit, mais console où va les fleurs que jeudi soir j'ai déposé aux fonds des bois; »

Alors que nous pensions avoir affaire à une schizophrénie chronique, jusque vers le milieu de novembre, en quelques jours les symptômes discordants disparurent, le calme, la lucidité d'esprit et l'affectivité revinrent ainsi que l'aptitude au travail.

Cet état normal s'étant maintenu, Mlle L... sortit par guérison le 15 décembre 1928.

Masselon, dans son travail de 1914, rapporte un cas de dépression mélancolique avec symptômes schizophréniques, qui, après avoir fait porter un pronostic sombre, se termina par guérison sept semaines après l'entrée de la malade.

Un cas semblable au nôtre a été présenté à la Société clinique de Médecine mentale, en janvier 1920 par Mlle Boudierlique et, en mars de la même année, par M. Truelle. Il s'agissait d'une débile intermittente en état d'excitation maniaque avec symptômes schizophréniques au moment de la première présentation et complètement guérie lors de la seconde.

C'est parmi les cas de la seconde catégorie que nous paraît devoir être placée l'observation suivante. La malade entrée pour la quatrième fois dans le service se rapproche en effet des schizomanes de M. Claude, qui présentent, conformément à certains complexes affectifs, une propension habituelle à se renfermer dans leur autisme quand ils ne peuvent plus s'adapter à la situation, à la réalité. Le tableau clinique dans les accès est celui d'une mélancolie atypique avec perte de contact avec le monde extérieur, mutisme, négativisme, catalepsie, gâtisme, tendances destructives et impulsions au suicide. Dans l'intervalle des accès, il est facile de se rendre compte que les idées délirantes et le comportement de la malade sont inspirés d'une charge affective mal coordonnée mais toujours intense.

OBSERVATION XXIII

Mlle J... Béatrix est une malade de 35 ans qui est venue plusieurs fois à l'Asile.

Lors de son premier séjour, le certificat à fin d'internement notait une mimique inadéquate aux idées délirantes de suicide exprimées par la malade et parlait de psychose discordante.

Le certificat d'admission, en date du 2 juillet 1935, rédigé par Mlle le docteur Cullerre, dénonce un état dépressif avec ralentissement psychique, des interprétations délirantes, des phénomènes d'automatisme mental, un sentiment d'influence, des rêveries autistiques, enfin de la discordance et des réactions extravagantes. La quinzaine confirme le diagnostic de psychose paranoïde.

Le 6 août 1935, c'est-à-dire un mois plus tard, on note un changement complet dans le comportement de Mlle J..., son attitude est correcte, elle est présente et active et reconnaît le caractère morbide des troubles psychosensoriels qu'elle présentait. Il en est de même pour le sentiment d'influence et les interprétations. Elle sort le 8 août à la demande de sa famille, non guérie, mais assez améliorée pour pouvoir reprendre une vie normale. Elle était donc restée à l'Asile un peu plus d'un mois.

Avant sa sortie cependant, elle avait eu le temps de faire des révélations intéressant le côté émotif et affectif de son caractère. Elle fait remonter le début de sa maladie au 13 juin, mais elle convient qu'elle était un peu drôle auparavant, surtout à l'époque des règles; « Je ressentais une lassitude générale, j'étais triste et j'avais des crises de larmes. » Puis elle raconte que depuis huit mois elle connaît un jeune homme de 10 ans plus jeune qu'elle, elle est consciente des difficultés d'une union dans de telles conditions. Pendant son séjour à l'Asile elle a réfléchi, dit-elle, à cette situation et se trouve actuellement décidée à ne plus s'occuper de ce jeune homme.

Le 25 avril 1936, notre malade revient à Maréville, transférée de l'hôpital central où elle était entrée, semble-t-il, à la suite de troubles confusionnels. On note, en effet, une amnésie lacunaire s'étendant aux quatre jours de son séjour à l'hôpital. Elle explique alors, qu'à la suite d'un désaccord avec ses parents, à qui elle reprochait de l'avoir placée une première fois, elle avait dû prendre une chambre en dehors du foyer familial et vivre seule. Cet isolement lui a permis de contracter une liaison avec le jeune homme avec lequel elle était en relation au moment de sa première entrée à l'Asile. Elle est perpétuellement préoccupée par la crainte que celui-ci, beaucoup plus jeune qu'elle, ne la quitte.

Le 24 heures note un état dépressif avec craintes diffuses et sentiment d'influence, avec apparition, sur ce fond habituel, *d'accès d'agitation intermittents*, s'accompagnant de comportement extravagant et d'appoint confusionnel. La quinzaine la trouvant dans le même état, confirme un état de schizophrénie en évolution.

Peu après son entrée, le 18 mai, Mlle J... tombe dans un état semi-stuporeux avec refus d'alimentation, incurie et gâtisme. On constate même un état de démence avancée : la malade se souillant avec ses matières fécales le visage et les mains. En dépit de ces symptômes, dès le 5 juin, la malade, sortie de son état de stupeur, s'occupe normalement dans le service. Cette rémission ne dure pas plus d'une quinzaine de jours, et de nouveau, notre malade retombe dans son état confusionnel antérieur, mangeant ses matières fécales et s'en barbouillant le visage. Entremêlant les cantiques aux tangos, elle présente des attitudes nettement érotiques. Cet état ne dure d'ailleurs pas plus longtemps que le précédent et se résoud en trois semaines. Puis, l'amélioration continuant, elle sort le 27 août 1936, réclamée par sa famille pour des raisons de succession, sa mère venant de décéder. Elle est nettement améliorée, bien orientée, laborieuse et présente. Elle garde cependant, par intervalles, un certain sentiment d'influence, annonçant qu'il lui paraît possible « qu'une volonté supérieure agisse sur la nôtre ».

Elle ne devait, toutefois, pas rester dehors longtemps, car le 20 octobre 1936 elle est de retour à l'Asile. A ce moment, nous sommes en présence d'une malade immobile, comme figée dans une attitude douloureuse, avec un ralentissement psychique important, déterminant un semi-mutisme : elle ne répond pas le plus souvent aux questions, ou, si elle y répond, c'est au bout d'un mo-

ment et la plupart du temps seulement par signes. Nous ne pouvons déceler aucune idée délirante de la série mélancolique, elle ne présente pas non plus l'idée de persécution. Par contre, la douleur morale est intense, motivée en partie par la perte de sa mère. A la quinzaine, M. le docteur Privat de Fortunié confirme la possibilité d'un syndrome schizophrénique en évolution, porte le diagnostic de mélancolie atypique avec négativisme et signale le refus d'alimentation et le gâtisme. La malade, à ce moment, est en effet complètement perdue; elle reste inerte dans son lit, absente semble-t-il, plongée dans un mutisme absolu. Le refus d'alimentation est total et on doit l'alimenter à la sonde œsophagienne. Le gâtisme est complet : elle urine sous elle et remplit son lit de ses matières fécales.

En présence d'un tel état, et malgré la notion des deux rémissions précédentes, on ne peut guère s'empêcher de porter un pronostic défavorable de chronicité, la malade semblant en effet complètement démente. Mais l'évolution de la maladie devait une fois de plus infirmer le pronostic. En effet, le 17 janvier 1937, c'est-à-dire trois mois après son entrée, à la suite d'une injection de somnifène faite à 10 heures du matin, la malade se réveille à 15 h., présente, reconnaissant son entourage, calme et demandant poliment à manger. Le 18 au matin, cette amélioration persiste et nous pouvons alors interroger la malade avec assez de facilité.

Au moment où elle est entrée à l'Asile, elle sentait qu'elle allait devenir stuporeuse comme elle l'avait été lors de son dernier internement. Elle a bien eu l'intention de réagir, mais elle n'en avait pas la force. De plus, instruite par l'expérience, elle savait qu'elle ne pourrait pas lutter. Cependant, quoique sachant qu'elle allait re-

tomber indubitablement, elle n'a pas eu de sentiment d'influence comme en 1935. Elle nie, en effet, toute hallucination psychique, tant dans la période prémonitoire de ses troubles stuporeux que pendant l'évolution de ceux-ci. Nous n'avons pu non plus déceler de troubles psycho-sensoriels.

Interrogée sur l'état dans lequel elle se trouvait pendant ce dernier accès, elle déclare se souvenir de tout. Elle se rendait parfaitement compte de sa situation, de son gâtisme; mais alors qu'actuellement elle se trouve un peu gênée d'évoquer de pareilles choses, à ce moment elle y était parfaitement indifférente. Elle entendait tout, comprenait toutes les questions qui lui étaient posées et ce qu'on disait autour d'elle. Si elle ne répondait pas, c'est qu'elle n'en avait pas l'intention, ça ne lui disait rien : elle était aboulique, et l'effort qu'aurait nécessité une réponse lui répugnait. Elle n'en continuait pas moins à penser et son autisme était même assez riche : alimenté d'une part par sa douleur morale et d'autre part par la recherche de la cause de sa maladie. Les éléments constitutifs de cette douleur morale étaient, à part le choc causé par le décès de sa mère, les mêmes que lors de ses deux premiers internements : nous retrouvons en effet, à la base de cet état émotionnel, des préoccupations d'ordre sentimental : le jeune homme avec lequel elle était en relation avait reçu des lettres anonymes qui l'accusaient d'inconduite. Cette liaison avait, de plus, comme la première fois, amené une certaine tension dans ses rapports avec sa famille. Cette douleur morale était allée jusqu'à lui donner le désir de la mort. C'est dans le but de se supprimer, qu'à son entrée elle avait fait du refus d'alimentation. Si ensuite elle avait continué, quoique sachant

qu'elle ne mourrait pas d'inanition, puisque nourrie à la sonde, c'est par aboulie.

De plus, comme nous l'avons dit, elle se préoccupait, en voyant évoluer sa maladie, de savoir quelle pouvait bien en être la cause. Nous verrons tout à l'heure quels arguments diagnostiques on peut tirer de cette affirmation de notre malade.

De même que cet accès avait été plus long que les premiers, la guérison fut plus lente à venir. Jusqu'en mars, la malade ne se lève que difficilement, reste instable et émotive. Mais l'amélioration s'accroissant d'une façon continue, notre malade put sortir fin mars et être confiée à sa famille qui la réclamait.

Nous devons la voir revenir une quatrième fois à l'Asile, le 7 juin 1937, à la suite d'une tentative de suicide par le gaz d'éclairage. A ce moment elle se présente surtout comme une mélancolique, les symptômes schizophréniques étant à peine esquissés.

Figée dans une attitude douloureuse, répondant avec peine aux questions, elle est de nouveau en proie aux mêmes préoccupations sentimentales que lors de ses derniers internements. Le départ semble d'ailleurs assez difficile à faire entre cette concentration mélancolique douloureuse actuelle avec indifférence à l'ambiance, et l'autisme schizophrénique qu'elle présentait à ce moment. Lucide, elle présente un fond dépressif accusé avec l'idée d'en finir avec la vie, qui pour elle a perdu de nouveau tout attrait. Quelques idées d'indignité renforcent ce tableau mélancolique. Seul son négativisme et le fait qu'elle déchire sa literie, en expliquant avec un sourire discordant que c'est pour s'occuper, font penser que cet accès mélancolique n'est pas absolument pur et permet-

tent de poser le diagnostic de mélancolie atypique. Au moment où nous terminons ces lignes, en août 1937, c'est-à-dire trois mois après l'internement de notre malade, son état est encore tel qu'il se trouvait lors de son entrée et les symptômes mélancoliques sont encore de beaucoup prédominants. A noter qu'une dizaine d'années avant son premier internement, la malade paraît avoir fait un accès de dépression avec tentative de suicide, motivé par un état de mésentente familiale. Sa mère veuve s'était remariée avec un homme, beaucoup plus jeune qu'elle, la rendant malheureuse. Les discussions étaient fréquentes; l'atmosphère propice à l'éclosion de désordres mentaux. La mère et la fille se querelaient fréquemment. Depuis le départ du mari, qui ne tarda pas à abandonner le foyer, la malade s'entendait bien avec sa mère.

Les faits de la troisième catégorie nous intéressent moins directement. Nous envisageons en effet les accès maniaco-dépressifs avec symptômes schizoïdes plus ou moins accentués, de durée relativement courte, terminés par la guérison ou par le retour à un état voisin de la normale. Or, parmi les faits compris dans cette troisième catégorie, les uns, ceux signalés par MM. Masselon et Seglas, se rapprochent des précédents, en ce sens qu'ils sont entrecoupés par des phases de lucidité complète. Il importe de les connaître surtout en raison de leur pronostic variable. Ce qui fait dire à Masselon : il faut, en présence de tout accès atypique de psychose maniaque dépressive, ou de tout accès simulant la démence précoce, mais ne présentant aucun des signes d'affaiblissement intellectuel caractéristiques de cette

affection, réserver son pronostic et attendre pour le formuler que les phénomènes aigus se soient amendés, découvrant ainsi le fond mental réel sur lequel ils reposent. Finissent-ils par sombrer dans une déchéance mentale analogue à celle qui caractérise la démence précoce, il est assez indifférent de savoir s'il s'agit de démences précoces à évolution périodique, de psychoses intermittentes à évolution démentielle, d'associations de démence précoce et psychose intermittente. L'essentiel est de connaître l'existence de ces cas, qui défient toutes les prévisions, et de toujours les avoir en mémoire lorsque l'on formule un pronostic. Les autres cas envisagés par Bleuler sont caractérisés par la succession d'accès maniaques dépressifs et de poussées schizophréniques sans retour à la lucidité complète et surtout sans disparition des phénomènes autistiques et des discordances dans le comportement. Dans les rémissions comme dans les phases aiguës, le processus schizophrénique reste toujours manifeste. Il en est ainsi notamment chez la malade présentée par M. Naudascher à la Société Clinique de Médecine Mentale, en mai 1923, sous ce titre : accès de dépression mélancolique avec anxiété et tentative de suicide chez une démente précoce ou au cours d'une psychose maniaque dépressive atypique. Nous avons actuellement dans le service une malade qui, de novembre 1934 à environ novembre 1935, présenta des troubles mentaux étiquetés : mélancolie-neurasthénie. Ils étaient surtout caractérisés par des idées délirantes mélancoliques avec auto-accusation, scrupules, tentatives de suicide (essai de pendaison, coups de rasoir dans la

région du cou, absorption d'un flacon de somnifène) indifférence à l'égard de sa famille, refus de s'alimenter, de sortir, négligence des soins élémentaires de propreté. En novembre 1935 se produisit une rémission bientôt suivie de l'apparition de troubles hallucinatoires avec idées délirantes d'influence et de persécution, impulsions à la violence, tendances à l'isolement, préoccupations érotiques (la malade aurait eu en 1933 un choc affectif : elle aimait un jeune homme, n'ayant avoué son amour à personne elle se crut déshonorée quand elle apprit que ce jeune homme avait une maîtresse). A son entrée dans le service, le 3 janvier 1936, le diagnostic de schizophrénie fut porté. Une dizaine de jours après, elle présentait un état maniaque avec excitation intellectuelle, fuite des idées, taquineries, causticité, rires, chants, grossièretés, gambades. Depuis se sont succédées des poussées d'agitation surtout motrice avec stéréotypies, maniérisme, rires et pleurs sans motif apparent, mutisme volontaire, négativisme, inattention continue, lacération de vêtements, impulsivité, gâtisme. Le 22 juillet 1937, la malade, qui jusque-là présentait une réversion des sentiments affectifs à l'égard de sa mère, écrit spontanément à cette dernière une courte lettre tout à fait cohérente et affectueuse, exactement datée, renseignant sur sa santé qu'elle juge meilleure. Cependant l'attitude de la malade reste la même : distraite, maniérée, négativiste, elle se promène dans les salles ou dans la cour en riant continuellement aux éclats. Ajoutons que la mère de cette malade est une hyperémotive, déprimée, hantée par l'idée du suicide.

Bleuler estime qu'il est bien difficile de préciser le lien rattachant ces accès d'agitation ou de dépression au processus schizophrénique lui-même. Personnellement il incline à penser qu'ils ne reposent point sur un tempérament cyclothymique.

Les bouffées délirantes de Magnan peuvent, comme la psychose maniaque dépressive, simuler la schizophrénie ou s'associer à elle, et le cas échéant se présenter sous l'aspect de syndromes schizophréniques fugaces ou régressifs. L'élément paranoïaque qui fait partie intégrante de ces troubles polymorphes donne en général au syndrome un caractère paranoïde. Ainsi, quelle que soit au fond la valeur relative des éléments schizoïdes et des éléments associés, on peut, d'après les manifestations extérieures, dans un accès déterminé, diviser ces états en syndrome schizomaniaques, schizomélancoliques, schizopolymorphes ou paranoïdes. Nous donnons ci-dessous l'observation d'une malade traitée deux fois pour des accès paranoïdes terminés tous deux par guérison apparente, malgré l'intensité des phénomènes d'automatisme mental développés sur un fond de dissociation psychique et accompagnés de troubles de l'affectivité, de manifestations autistiques et de discordances multiples. Il va sans dire que pour cette malade, comme pour les états maniaco-dépressifs intermittents envisagés par MM. Masselon et Seglas, accès qui aboutissent plus ou moins tardivement à la démence, le pronostic à longue échéance demeure réservé.

OBSERVATION XXIV

Mme E..., née T..., entre à l'Asile de Maréville le 8 février 1934, âgée de 33 ans, avec un certificat à fin d'internement signé du docteur Meignant dans lequel on trouve les termes de polymorphisme et de discordance.

Les antécédents héréditaires ne nous fournissent rien d'intéressant à signaler. Fille unique, mariée depuis 13 ans, Mme E... n'a pas d'enfant. Elle a fait une fausse couche provoquée qui s'est terminée par une hystérectomie subtotale il y a quatre ans. Se trouvant seule la plupart du temps, deux liaisons ont accidenté sa vie sentimentale depuis son mariage.

Cette malade a toujours été très nerveuse. Depuis quatre jours avant son entrée, elle se trouve dans un état d'agitation extrême et présente de l'onirisme confusionnel s'accompagnant d'hallucinations multisensorielles. A l'entrée, de plus, elle fait montre d'un syndrome d'influence des plus marqués : on lui fait de la transmission de pensée, on agit sur elle par l'hypnotisme. Elle accuse en outre des idées délirantes dans le sens de la persécution.

A la quinzaine, M. le docteur Privat de Fortunié rédige le certificat suivant : « Est atteinte de troubles psychopathiques polymorphes caractérisés par de l'instabilité d'humeur avec idées vagues de persécution et d'influence, hallucinations psychiques, préoccupations érotiques; illusions, fausses reconnaissances, onirisme épisodique, poussées d'anxiété. »

Puis, petit à petit, la teinte confusionnelle fait place à une note discordante à tendance schizophrénique. La malade est maniérée, puérile, impulsive. Elle a des bizarreries d'attitude et rit sans motif apparent. Tantôt elle

présente brusquement de courtes poussées d'excitation pendant lesquelles elle crie, prononce des paroles incohérentes, quitte ses vêtements et se met toute nue. Tantôt elle reste plongée dans des rêves autistiques et ne s'occupe pas. Elle refuse parfois de s'alimenter. Comme en plus on note chez elle une indifférence affective assez nette, on commence à redouter une évolution de longue durée. Mais, peu à peu, après la confusion, les accès de dépression et d'excitation tendent à disparaître. Toutefois, Mme E... reste très hallucinée et soumise à des idées d'influence et de domination. Constamment distraite, elle tient des monologues à voix basse. De plus, les discordances de la mimique et du comportement subsistent.

La malade sortit dans cet état le 30 mai 1934, sur la demande de sa famille. Elle revint par la suite rendre visite à notre Maître qui put alors constater une guérison apparente, et apprit qu'après avoir persisté sans changement pendant une huitaine de jours, les hallucinations s'étaient ensuite estompées pour disparaître finalement, à mesure que Mme E... reprenait ses occupations et s'intéressait à son intérieur.

Elle devait rentrer trois ans après, à l'hôpital Lalanne au service ouvert de Sainte-Anne, le 24 février 1937. Après une courte période dépressive de quarante-huit heures environ, Mme E... apparut de nouveau très agitée, violente, ordurière même. Elle gesticulait beaucoup et présentait de l'excitation cérébrale avec logorrhée. Il semblait, dit M. le docteur Aubry qui la reçut, que d'après l'interrogatoire de la famille, il devait exister les derniers temps, chez cette malade, une certaine rupture avec la réalité. Depuis un certain temps d'ailleurs, elle avait cessé complètement de s'occuper de son intérieur.

A l'entrée, après une nuit agitée, Mme E... présente un

ralentissement marqué des processus psycho-moteurs et semble dans un état de mélancolie confusionnelle. Le lendemain, au contraire, le tableau symptomatique change du tout au tout. L'attention de cette malade est dispersée et impossible à fixer. Le décousu de ses propos se ressent de la fuite des idées et des souvenirs. Ceux-ci affluent automatiquement à la conscience, entrecoupés de réflexions maniaques provoquées par l'ambiance. Ces alternatives d'excitation et de dépression confusionnelle devaient se continuer tout le long de son internement. Sur ce fond cyclothymique avec polymorphisme confusionnel et hallucinatoire se dégagent, de plus, des symptômes de dissociation schizophrénique consistant en maniérisme, indifférence affective, impulsivité, discordance de la mimique. Une atténuation progressive de ces symptômes devait cependant permettre sa sortie, par amélioration, le 29 mai 1937.

LES GUÉRISONS SUBITES

Une particularité des psychoses intermittentes est leur transformation souvent rapide et leur guérison parfois subite. Nous avons constaté cette évolution chez plusieurs de nos malades présentant des syndromes mentaux divers. Les circonstances dans lesquelles la guérison s'est produite elles-mêmes diffèrent.

Nous mentionnerons tout d'abord le rôle exercé par les modifications incidentes de l'état physique. L'influence favorable et quelquefois étonnante qu'une maladie somatique (surtout une maladie infectieuse aiguë) exerce sur l'aliénation mentale est bien connue pour la plupart des psychopathies. Aussi ne manque-t-il pas d'observations où une phase de folie périodique soit ou subitement guérie ou au moins améliorée (dans l'intensité des symptômes, dans la durée de l'accès, etc.), par une affection somatique intercurrente. Nous rappellerons nos propres cas. Chez l'une de nos malades, Mme G..., née B... (obs. VII), l'état dépressif et les obsessions impulsives au suicide ont brusquement disparu pendant la convalescence d'une grippe sans localisation nettement déterminée. Chez Mme F..., née L... (obs. XI), on observe une rémission prolongée de sa psychose hallucinatoire à la suite d'une pneumopathie. Chez Mme M..., née L... (obs. XVII), l'un de ses accès confusionnels se trouve écourté par une parotidite suppurée. Parmi les infections susceptibles

de modifier l'évolution d'une psychose, il faut mentionner tout spécialement la tuberculose. Si l'on peut voir, comme chez une de nos malades, J. Alice (obs. XVI), un accès confusionnel coïncider avec une poussée évolutive de tuberculose, le plus souvent quand cette dernière survient au cours d'une psychopathie préexistante on assiste à la régression ou à la disparition des troubles mentaux. C'est le cas pour une cénestopathe délirante, Mlle B. Alice (obs. II). La transformation est plus frappante quand il s'agit d'un état schizophrénique, qui, avant la manifestation de la tuberculose, faisait porter un pronostic défavorable. Nous citerons comme exemple le cas de Mlle G. Madeleine, 20 ans, venue à la Maternité, où elle n'a pu être gardée, en raison de ses réactions violentes. A son entrée dans le service, le 27 septembre 1929, on constate chez elle un état de dissociation psychique avec maniérisme, rires, sans motif, puérilité des propos, impulsivité, symptômes apparus au cours de la lactation et coïncidant avec une anémie marquée. Les symptômes schizophréniques s'accroissent par la suite, faisant craindre une évolution démentielle, quand au printemps de 1930 se manifestent des signes de tuberculose pulmonaire rapidement évolutive. Parallèlement l'état mental s'améliore de jour en jour et en juin 1930, la malade étant complètement lucide, sa sortie est proposée à sa famille; mais cette dernière habitant le centre de la France ne peut la prendre à sa charge. Maintenu à l'Asile en raison de son état physique de plus en plus précaire, la malade présente un état mental normal jusqu'à son décès, survenu le 8 janvier 1931.

Plusieurs fois, nous avons vu la guérison survenir à la suite du rétablissement d'une fonction comme le sommeil, qu'il s'agisse du sommeil naturel ou du sommeil provoqué par une médication. Une malade traitée dans le service pour un deuxième accès confusionnel avec insomnie habituelle retrouve sa lucidité vers le matin après une nuit de sommeil réparateur. La malade F., née C. (obs. X), rentrée dernièrement à l'Asile pour un épisode hallucinatoire avec idées délirantes de persécution, se sentant rassurée par le fait du changement de milieu, passe près de trois jours à dormir, ne se réveillant guère qu'aux repas, et après ce repos qui depuis longtemps lui faisait défaut, revient à un état normal. Une autre malade, schizomane agrypnique, Mlle J. B. (obs. XXIII) est complètement transformée au point de vue mental après une phase de sommeil provoqué par une injection de somnifène.

Un choc émotif agréable peut, comme les causes physiques, rétablir l'équilibre mental. C'est ainsi que nous avons vu chez une mélancolique anxieuse la guérison survenir aussitôt après la première visite de sa famille, cette visite ayant complètement rassuré la malade.

Dans d'autres cas, très nombreux, guérison et rechute se produisent subitement, sans cause appréciable et en vertu, semble-t-il, d'un dynamisme constitutionnel inhérent au processus psychopathique. C'est le cas pour Mme D., née C. (obs. XXI), qui, pendant son dernier séjour à l'Asile, passait subitement d'un état de torpeur à un état de lucidité complète et inversement.

CONCLUSIONS

1° La périodicité pour les psychopathies apparaît comme un cas particulier d'une loi générale régissant les fonctions psychiques comme les fonctions somatiques. La psychose maniaco-dépressive à l'état de pureté représente le type le plus parfait de cette modalité biologique.

2° Les autres psychoses revêtant une allure intermittente sont précisément celles qui comportent dans leur manifestation un élément maniaco-dépressif. C'est le cas pour le syndrome de Cotard; pour les cénesthopathies évoluant par crises temporaires, curables et relevant en pareil cas de la constitution cyclothymique combinée au déséquilibre de la sensibilité; pour certaines formes de neurasthénie qui, par leur origine et leur évolution, se présentent comme une atténuation de la mélancolie; pour les obsessions et les impulsions développées sur un fond maniaco-dépressif qui leur donne une apparence accidentelle; pour les bouffées délirantes en général; pour la confusion mentale lorsqu'elle survient sans cause manifeste et se traduit surtout par un hypofonctionnement psychique; pour certains états schizophréniques fugaces ou régressifs dus à la coexistence de facteurs schizoïdes et de facteurs maniaco-dépressifs.

3° Dans tous ces cas il s'agit de psychoses associées, de complexus symptomatiques surtout de nature constitutionnelle.

4° Les guérisons qui peuvent survenir d'une façon subite chez les malades de cette espèce se produisent soit en vertu de l'intervention de causes physiques ou morales, qui dans d'autres circonstances se révèlent comme des agents pathogènes, soit en vertu d'un dynamisme propre à la constitution psychopathique.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	7
INTRODUCTION.	11
Le syndrome de Cotard intermittent	21
Les cénesthopathies délirantes curables et récidivantes	39
La neurasthénie constitutionnelle et la psychasthénie rémittentes	55
Les obsessions dites accidentelles et les impulsions pé- riodiques	81
Les bouffées délirantes	111
La confusion mentale périodique	147
Les syndrômes schizophréniques fugaces ou régressifs	189
Les guérisons subites	219
CONCLUSIONS.	223

Vu :

Nancy, le 9 Novembre 1937.

Le Président de Thèse :

D. SANTENOISE.

Vu et approuvé :

Nancy, le 10 Novembre 1937.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 13 Novembre 1937.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.



